

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DIABETES, PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E
IMAGEM CORPORAL EM JOVENS ADULTOS:
ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A DIABULIMIA**

Maria Ana Caldeira Rodrigues de Mendonça Falcão

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa)**

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DIABETES, PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E
IMAGEM CORPORAL EM JOVENS ADULTOS:
ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A DIABULIMIA**

Maria Ana Caldeira Rodrigues de Mendonça Falcão

DISSERTAÇÃO ORIENTADA PELA PROFESSORA DOUTORA RITA FRANCISCO

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa)**

2015

Dedico esta dissertação à minha mãe,
por estar sempre ao meu lado,
pela sua força e dedicação.

“Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Rita Francisco, pelo seu apoio, dedicação e conhecimento que foram preciosos nesta caminhada e sempre motivaram o meu trabalho.

Aos meus pais e às minhas irmãs, por estarem sempre presentes na minha vida, pelo vosso carinho e amor incondicional, por me terem sempre apoiado nos momentos mais difíceis. Obrigada por tudo, sem vocês nunca seria a pessoa que hoje sou.

A toda a minha família que me viu crescer e que me apoiou nas diversas etapas da minha vida.

À Ana Venâncio, à Ana Afonso e ao Helder Silva, por todos os momentos que partilhámos ao longo destes últimos 5 anos, pela vossa amizade, apoio e alegria contagiante. Sorri, aprendi e cresci convosco, obrigada.

À Nance Carmo, pela nossa amizade e cumplicidade, por todas as palavras de apoio, pela partilha das nossas dúvidas existenciais, conquistas e experiências durante a nossa “aventura cognitivo comportamental”, em especial, no estágio académico. Obrigada pela companheira que foste.

À Maria Neves, pela amizade que construímos em tão pouco tempo, pelas nossas conversas entre sessões, pela motivação e por todo o apoio, pelas incertezas e alegrias que partilhámos.

À Inês Félix e à Sara Santos, por todos os momentos que vivemos e que marcaram a minha vida.

Ao meu padrinho académico, Pedro Junot, por todo o apoio e pelos momentos que partilhámos.

Aos meus amigos e colegas da faculdade pela partilha de conhecimento e da tradição académica.

Ao Professor Doutor Paulo Machado, por ter autorizado a utilização da versão portuguesa do *Eating Disorder Examination-Questionnaire*.

A todas as pessoas que colaboraram neste estudo e que tornaram possível a sua realização.

RESUMO

Diabulimia é um termo usado recentemente para descrever a omissão intencional de insulina em indivíduos com diabetes tipo 1 como uma estratégia de controlo do peso. Todavia, estes comportamentos não foram ainda estudados na população portuguesa. Assim, o presente estudo tem como objetivos: (1) comparar o comportamento alimentar perturbado e a (in)satisfação com a imagem corporal entre jovens adultos com diabetes e os seus pares não diabéticos, (2) investigar as consequências da diabetes na alimentação, imagem corporal e peso nos indivíduos com diabetes e (3) caracterizar o comportamento de omissão de insulina como estratégia para perder peso. Participaram no estudo 128 jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 23,58$ e $DP = 3,74$), dos quais 55 com diabetes tipo 1 (18 do sexo masculino e 37 do sexo feminino) e 73 não diabéticos (11 do sexo masculino e 62 do sexo feminino). Os participantes preencheram questionários de autorrelato que avaliaram os seus comportamentos, atitudes e sentimentos relacionados com perturbações alimentares (*Eating Disorder Examination-Questionnaire*) e as perceções acerca da sua imagem corporal (*Contour Drawing Rating Scale*), juntamente com um questionário de dados sociodemográficos. Ao grupo de participantes com diabetes foi solicitada a resposta a um questionário com respostas abertas e fechadas desenvolvido especificamente para este estudo. Não foram encontradas diferenças significativas entre os indivíduos diabéticos e não diabéticos relativamente à insatisfação com a imagem corporal e aos comportamentos alimentares perturbados. Os resultados demonstram diversas mudanças decorrentes da diabetes ao nível da alimentação, imagem corporal e peso que interferem no dia-a-dia dos indivíduos diabéticos. Verificou-se que 7,3% dos participantes diabéticos relataram a omissão de insulina como uma estratégia para emagrecer. O presente estudo salienta a importância da investigação sobre perturbações alimentares na população com diabetes e, a nível prático, a sua prevenção, rastreio e tratamento, nomeadamente, dar uma maior atenção à omissão de insulina como comportamento compensatório que é inadequado e prejudicial à saúde.

Palavras-chave: Diabulimia, Diabetes, Perturbações Alimentares, Imagem Corporal, Insatisfação Corporal, Omissão de Insulina, Jovens Adultos

ABSTRACT

Diabulimia is a term recently used to describe the intentional omission of insulin in patients with type 1 diabetes as a weight control strategy. However, these behaviors have not been studied in the Portuguese population. This way, the present study aims to: (1) compare the disordered eating behavior and the (dis)satisfaction with body image among young adults with diabetes and their non-diabetic peers, (2) investigate the consequences of diabetes in food, body image and weight in individuals with diabetes and (3) characterize the behavior of insulin omission as a strategy to lose weight. In this study participated 128 young adults, aged 18 to 30 years ($M = 23.58$, $SD = 3.74$), of which 55 had type 1 diabetes (18 males and 37 females) and 73 were nondiabetic (11 males and 62 females). Participants completed self-report questionnaires that evaluated their behavior, attitudes and feelings related to eating disorders (*Eating Disorder Examination-Questionnaire*) and perceptions about their body image (*Contour Drawing Rating Scale*), along with a questionnaire of sociodemographic data. The group of participants with diabetes were asked to answer a questionnaire with open and closed questions developed specifically for this study. Significant differences between diabetics and non-diabetics in relation to dissatisfaction with body image and disordered eating behaviors were not found. The results demonstrate several changes resulting from diabetes in terms of food, body image and weight that interfere with day-to-day lives of diabetics. It was found that 7.3% of diabetic participants reported insulin omission as a strategy to lose weight. This study emphasizes the importance of research on eating disorders in the population with diabetes and, at a practical level, the prevention, screening and treatment, in particular to give more attention to insulin omission as a compensatory behavior that is inappropriate and harmful to health.

Keywords: Diabulimia, Diabetes, Eating Disorders, Body Image, Body Dissatisfaction, Omission of Insulin, Young Adults

ÍNDICE

Índice de Quadros	viii
Índice de Figuras	ix
Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	2
1.1. Diabetes Mellitus	2
1.1.1. Prevalência e Incidência	2
1.1.2. Complicações da Diabetes e Mortalidade	3
1.1.3. Cetoacidose Diabética	4
1.1.4. Diabetes Tipo 1	5
1.1.5. Prevenção e Tratamento	6
1.2. Imagem Corporal	6
1.2.1. Diferenças de Género e Idade	7
1.2.2. Fatores de Risco	7
1.2.3. Insatisfação com a Imagem Corporal	8
1.3. Perturbações Alimentares	8
1.3.1. Prevalência	8
1.3.2. Fatores de Risco	9
1.4. Imagem Corporal e Perturbações Alimentares em Indivíduos com Diabetes	10
1.4.1. Diabulimia	10
1.4.2. Prevalência	11
1.4.3. Diferenças de Género e de Idade	12
1.4.4. Fatores de Risco	12
1.4.5. Fatores de Manutenção	14
1.4.6. Consequências	15
1.4.7. Motivação para a Mudança	17
1.4.8. Prevenção e Tratamento	17
2. Metodologia do Estudo	21
2.1. Enquadramento Metodológico	21
2.2. Desenho da Investigação	22
2.2.1. Questão Inicial	22
2.2.2. Mapa Conceptual	22
2.2.3. Objetivos	22
2.2.4. Hipóteses do Estudo	23
2.3. Caracterização da Amostra	24
2.4. Medidas	24

2.4.1. Questionário Sociodemográfico	24
2.4.2. <i>Eating Disorder Examination-Questionnaire</i> (EDE-Q, Fairburn & Beglin, 1994)	24
2.4.3. <i>Contour Drawing Rating Scale</i> (CDRS, Thompson & Gray, 1995).....	25
2.4.4. Questionário “ <i>Experiência Pessoal relativa à Alimentação e Imagem Corporal</i> ”.....	25
2.4.5. Índice de Massa Corporal (IMC).....	26
2.5. Procedimento de Recolha dos Dados	26
2.6. Procedimento de Análise dos Dados.....	27
2.6.1. Análise dos Dados Quantitativos	27
2.6.2. Análise dos Dados Qualitativos	28
3. Resultados.....	30
3.1. Análise do Estudo Quantitativo	30
3.1.1. Índice de Massa Corporal (IMC).....	30
3.1.2. Insatisfação com a Imagem Corporal (IcIC)	30
3.1.3. Estatística Descritiva e Comparação das Médias	32
3.1.4. Correlações entre as Variáveis em Estudo	33
3.1.5. Indicação Clínica de Perturbação Alimentar.....	38
3.1.6. Preditores dos Comportamentos Alimentares Perturbados	38
3.2. Análise do Estudo Qualitativo	39
3.2.1. Mudanças Decorrentes da Diabetes	39
3.2.2. Estratégias	44
3.2.3. Perceção da Influência da Insulina.....	46
3.2.4. Omissão de Insulina	48
3.2.4.1. Reação dos Outros à Omissão de Insulina	48
3.2.4.2. Consequências da Omissão de Insulina	49
3.2.4.3. Motivos para Ignorar as Consequências da Omissão de Insulina	50
3.2.4.4. Rede Social.....	50
3.2.5. Omissão de Insulina para Emagrecer	51
4. Discussão dos Resultados	54
5. Conclusão.....	59
Referências Bibliográficas	61
Apêndices	
Apêndice A - Consentimento Informado	
Apêndice B - Protocolo de Investigação	
Apêndice C - Árvore de Categorias	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Categorias definidas a priori.....	29
Quadro 2. Estatísticas descritivas e comparação das médias das principais variáveis em estudo em função do grupo de participantes (N = 128).....	32
Quadro 3. Estatísticas descritivas e comparação das médias das principais variáveis em estudo em função do sexo dos participantes (N = 128).....	33
Quadro 4. Correlações entre as variáveis em estudo (N = 128).....	34
Quadro 5. Correlações entre as variáveis em estudo em função do sexo dos participantes (N = 128).....	36
Quadro 6. Correlações entre as variáveis em estudo em função do grupo de participantes (N = 128).....	37
Quadro 7. Sumário da análise da regressão linear para as variáveis preditoras de comportamentos alimentares perturbados (score global EDE-Q) em diabéticos (n = 55) e não diabéticos (n = 73).....	39
Quadro C1. Esquema da árvore de categorias com número de fontes e referências.....	Apêndice C

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa conceptual do estudo.....	22
Figura 2. Índice de massa corporal em função do grupo de participantes.....	30
Figura 3. Índice de insatisfação com a imagem corporal em função do grupo dos participantes.....	31
Figura 4. Índice de insatisfação com a imagem corporal em função do sexo de participantes.....	31
Figura 5. Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias da categoria Mudanças decorrentes da Diabetes.....	40
Figura 6. Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias da categoria Estratégias.....	45
Figura 7. Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias da categoria Percepção da influência da insulina.....	47

INTRODUÇÃO

Este trabalho enquadra-se no âmbito do tema das perturbações alimentares em populações específicas. Escolheu-se estudar o contexto específico da diabetes, por ser uma doença crónica que devido à sua exigência relativamente à alimentação e incentivo ao controlo de peso surge como um potencial fator de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares (Colton, Rodin, Bergenstal, & Parkin, 2009; Menina & Akers, 2014; Powers et al., 2012; Weaver, 2012).

Atualmente existe pouca investigação sobre a Diabulimia – omissão intencional de insulina por parte de pacientes com diabetes tipo 1 como estratégia de perda de peso (Darbar & Mokha, 2008; Davidson, 2014; Menina & Akers, 2014; Shih, 2009, 2011) – existindo assim uma necessidade de preencher lacunas na investigação deste tema. Em primeiro lugar, falta perceber o que leva os pacientes com diabetes a desenvolver este comportamento de perda de peso e o que os leva a desistir dele (Goebel-Fabbri et al., 2008; Powers et al., 2012). Perceber como funcionam os mecanismos psicológicos subjacentes à Diabulimia permitirá, por um lado, delinear uma intervenção psicológica adequada e eficaz; e, por outro lado, prevenir as possíveis consequências da Diabulimia nos pacientes. Em segundo lugar, a maioria dos estudos existentes fornecem informações importantes sobre esta perturbação alimentar em mulheres com diabetes tipo 1, no entanto seria importante ter mais dados sobre esta perturbação alimentar em homens e também em jovens adultos.

A primeira parte do presente estudo, de carácter quantitativo, teve como objetivo caracterizar e comparar os jovens adultos com diabetes e os seus pares não diabéticos quanto ao IMC, (in)satisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares perturbados. A segunda parte do estudo, de carácter qualitativo e exploratório, pretendeu investigar as consequências da diabetes na alimentação, na imagem corporal e no peso dos participantes diabéticos, bem como caracterizar o comportamento de omissão de insulina quando utilizado como comportamento compensatório de controlo do peso.

A dissertação está organizada da seguinte forma: 1) enquadramento teórico, onde é apresentada a revisão de literatura sobre os principais temas do estudo; 2) apresentação e descrição do processo metodológico do estudo empírico realizado; 3) apresentação dos resultados obtidos; 4) discussão final sobre os resultados do estudo e 5) conclusão, limitações do estudo e possíveis implicações para a investigação e para a prevenção.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus é uma doença crónica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue (hiperglicemia)¹ que ocorre quando o corpo não produz insulina suficiente ou não consegue utilizá-la de forma eficaz (International Diabetes Federation [IDF], 2013; Observatório Nacional da Diabetes [OND], 2014; World Health Organization [WHO], 1999), o que provoca perturbações nos metabolismos glucídico, lipídico e protídico (WHO, 1999). Isto acontece porque a insulina é uma hormona produzida pelo pâncreas que permite às células do corpo transformarem a glicose (açúcar) dos alimentos em energia necessária aos músculos e tecidos do corpo (IDF, 2013; OND, 2014). Existem quatro tipos clínicos de diabetes etiologicamente distintos: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes (American Diabetes Association [ADA], 2008; Direcção-Geral de Saúde [DGS], 2011; IDF, 2013; OND, 2014; WHO, 1999). Em todos os tipos de diabetes é necessário que pacientes e profissionais de saúde trabalhem juntos para evitar complicações perigosas da doença, que não tratada pode resultar numa morte precoce (IDF, 2013).

1.1.1. Prevalência e Incidência

Em 2013 estima-se que 8,3% da população adulta mundial tem diabetes, que corresponde a cerca de 382 milhões de pessoas (IDF, 2013, 2014; OND, 2014), dos quais 175 milhões (46%) não estão diagnosticadas (IDF, 2013, 2014). Em Portugal estima-se a existência de mais de 1 milhão de portugueses diabéticos com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, representando cerca de 13% da população portuguesa (OND, 2014).

A diabetes é cada vez mais frequente na nossa sociedade, verificando-se um crescimento acentuado do número de novos casos diagnosticados anualmente (IDF, 2013; OND, 2014), contudo, em Portugal esse valor foi atenuado nos últimos dois anos (OND, 2014).

¹ Os critérios de diagnóstico da diabetes têm como base os seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral: (a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou (b) Sintomas clássicos de descompensação + Glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou (c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou (d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5$ % (ADA, 2008; DGS, 2011; IDF, 2013; OND, 2014; WHO, 1999).

Apesar de a doença atingir todas as idades e ambos os sexos, verifica-se uma maior prevalência da diabetes nos homens do que nas mulheres e a sua prevalência aumenta com a idade (IDF, 2013; OND, 2014). A nível mundial o maior número de pessoas com diabetes tem entre 40 e 59 anos de idade (IDF, 2013).

1.1.2. Complicações da Diabetes e Mortalidade

As complicações da diabetes são condições crónicas ou agudas provocadas pela doença que constituem as principais causas de incapacidade, redução de qualidade de saúde e morte em pacientes diabéticos. Um elevado nível de glicose no sangue resulta em lesões em diversos órgãos, principalmente nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular (IDF, 2013; OND, 2014; WHO, 1994, 1999), que se manifestam de diferentes maneiras em diferentes pessoas (IDF, 2013). A diabetes é considerada a principal causa de cegueira, insuficiência renal, amputação de membros inferiores e doenças cardiovasculares na maioria dos países desenvolvidos (IDF, 2013; OND, 2014).

As complicações agudas da diabetes são a hipoglicemia (baixo nível de glicose no sangue), a cetoacidose diabética e as infeções (WHO, 1994), sendo que os pacientes diabéticos são mais suscetíveis de desenvolver infeções do que pessoas sem diabetes (IDF, 2013). No que diz respeito às principais complicações crónicas da diabetes são consideradas a neuropatia, amputação de membros e ulceração (pé diabético), retinopatia, nefropatia, doença cardiovascular (IDF, 2013; OND, 2014; WHO, 1999), doença cerebrovascular e doença vascular periférica (IDF, 2013; WHO, 1999), ocorrendo também complicações a nível da saúde oral (IDF, 2013) e disfunção automática, incluindo disfunção sexual (WHO, 1999). O risco de desenvolvimento destas complicações pode ser diminuído se for realizado um controlo rigoroso da glicemia e uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis, como a retina, os nervos, os rins e o coração (OND, 2014), mantendo os valores do colesterol e de pressão arterial mais próximos do normal (IDF, 2013).

Atualmente, a diabetes é considerada uma das principais causas de morte, por existir um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral nos pacientes diabéticos (OND, 2014). A doença cardiovascular é uma das complicações associadas à diabetes mais comuns (ADA, 2008; IDF, 2014) e é responsável por mais de um terço das mortes de pessoas com Diabetes (IDF, 2014). Em 2013, a diabetes foi responsável por 5,1 milhões de mortes a nível mundial (IDF, 2013, 2014). No entanto, em Portugal verificou-se uma diminuição significativa (menos 15%) do número de anos potenciais de vida perdidos por diabetes mellitus nos últimos cinco anos (OND, 2014).

1.1.3. Cetoacidose Diabética

A cetoacidose diabética² é uma das complicações agudas mais graves da diabetes que ocorre quando uma pessoa tem níveis elevados de glicose no sangue, falta de insulina no corpo e um aumento de hormonas (glucagon, catecolaminas, cortisol e hormona do crescimento) que atuam contra a ação da insulina (IDF, 2013; Umpierrez, Murphy, & Kitabchi, 2002; Wolfsdorf et al., 2009, 2014). Durante esse período as células não conseguem transformar a glicose dos alimentos em energia, pelo que o corpo consome a gordura armazenada para obter energia e, como resultado, acumulam-se produtos químicos (cetonas) no sangue e na urina (ADA, 2013; IDF, 2013).

Os primeiros sintomas da cetoacidose diabética são: polidipsia (sede excessiva), poliúria (urinar excessivamente), perda de peso (ADA, 2013; Umpierrez et al., 2002), cansaço, boca muito seca, níveis de glicose alta no sangue, altos níveis de cetonas na urina e odor frutado na respiração (ADA, 2013). Mais tarde, as manifestações clínicas desta condição são: náuseas, vômitos, dor abdominal, confusão, dificuldades em respirar (ADA, 2013; Umpierrez et al., 2002; Wolfsdorf et al., 2009, 2014), nomeadamente, respiração Kussmaul (respiração rápida e profunda), desidratação, sonolência, obnubilação progressiva, perda de consciência (Umpierrez et al., 2002; Wolfsdorf et al., 2009, 2014), taquipneia e taquicardia (Umpierrez et al., 2002; Wolfsdorf et al., 2014), hipotensão, perda do turgor da pele e membranas mucosas secas (Umpierrez et al., 2002).

Como é uma condição que pode levar ao coma e à morte (ADA, 2013; IDF, 2013; Umpierrez et al., 2002; WHO, 1994; Wolfsdorf et al., 2009, 2014), quanto mais tarde for descoberta, pior o distúrbio metabólico e maior será o risco de incapacidade permanente e de morte (IDF, 2013). Promover uma maior consciencialização e a qualidade dos serviços médicos é essencial para impedir o desenvolvimento desta condição e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (IDF, 2013), nomeadamente, educar os pacientes e profissionais de saúde sobre os fatores de risco e os tratamentos a adotar para evitar a cetoacidose (WHO, 1994). É possível prevenir potenciais casos de cetoacidose diabética através de uma adequada monitorização da glicose no sangue e das cetonas na urina, o ajuste da dose de insulina e a ingestão de líquidos (WHO, 1994).

² Os critérios bioquímicos para o diagnóstico da cetoacidose diabética são: (1) hiperglicemia [glicose no sangue > 11 mmol / L (\approx 200 mg / dl)]; (2) pH venoso <7,3 ou bicarbonato de <15 mmol / L; (3) cetonemia e cetonúria (Wolfsdorf et al., 2009, 2014).

Os fatores de risco para a cetoacidose em pacientes com a diabetes já diagnosticada incluem episódios anteriores de cetoacidose, gastroenterite com vômitos persistentes e desidratação (Wolfsdorf et al., 2009, 2014), infecções e outras doenças (Umpierrez et al., 2002), acesso limitado a serviços médicos (Wolfsdorf et al., 2009, 2014), comportamento desafiante às circunstâncias sociais e familiares, perturbações psiquiátricas (incluindo perturbações alimentares), raparigas na adolescência e na pré-puberdade (Umpierrez et al., 2002; Wolfsdorf et al., 2009, 2014), não adesão à terapia, stress psicológico (Umpierrez et al., 2002), omissão de insulina, mau controlo metabólico e falhas na bomba de insulina (Wolfsdorf et al., 2009, 2014).

A cetoacidose diabética é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em crianças com diabetes tipo 1 (IDF, 2013; Umpierrez et al., 2002; Wolfsdorf et al., 2009, 2014), pois são mais sensíveis à falta de insulina do que os adultos e encontram-se num maior risco de desenvolvimento rápido da cetoacidose diabética (OND, 2014). No entanto, esta condição é mais comum em adultos do que em crianças (Umpierrez et al., 2002), sendo pouco observada em pacientes com diabetes tipo 2 (ADA, 2013; IDF, 2013; Umpierrez et al., 2002; Wolfsdorf et al., 2014).

1.1.4. Diabetes Tipo 1

A diabetes tipo 1 é causada por uma reação autoimune de início repentino (DGS, 2011; IDF, 2013; WHO, 1999) onde existe a destruição das células beta do pâncreas pelo sistema de defesa do organismo (ADA, 2008; DGS, 2011; IDF, 2013; OND, 2014; WHO, 1994, 1999). Como as células do pâncreas produzem pouca ou nenhuma insulina, as pessoas com diabetes tipo 1 necessitam de administrar injeções diárias de insulina para controlar os seus níveis de glicose no sangue e assim sobreviverem (DGS, 2011; IDF, 2013; OND, 2014; WHO, 1999), de forma a prevenir o desenvolvimento de cetoacidose, coma e morte (WHO, 1999).

A diabetes tipo 1 é menos frequente do que a diabetes tipo 2, representando menos de 10% dos casos de diabetes (DGS, 2011; IDF, 2013; OND, 2014), no entanto, a sua incidência está a aumentar (IDF, 2013; OND, 2014). As causas para este aumento ainda não são evidentes mas podem estar relacionadas com fatores de risco ambientais, exposição a certas infeções virais, aspetos da alimentação (IDF, 2013; OND, 2014), aumento da idade materna no parto e/ou aumento da altura e de peso dos jovens (OND, 2014). Estes fatores podem desencadear fenómenos de autoimunidade ou acelerar a destruição das células do pâncreas já em progressão (OND, 2014).

Apesar da doença afetar pessoas de qualquer idade, verifica-se uma maior prevalência em crianças ou adultos jovens (DGS, 2011; IDF, 2013; OND, 2014), sendo que nos adultos com diabetes tipo 1 é frequentemente observada uma forma de progressão lenta (WHO, 1999).

1.1.5. Prevenção e Tratamento

Podemos considerar a existência de três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária da diabetes pretende prevenir a ocorrência da doença em indivíduos ou populações suscetíveis através da modificação dos fatores de risco ambientais e comportamentais ou de intervenção específica para indivíduos suscetíveis de desenvolver diabetes. O objetivo da prevenção secundária, como o rastreio, é identificar indivíduos sem sintomas mas que se encontram em alto risco de desenvolver a doença, onde a intervenção pode ter um efeito benéfico. A prevenção terciária tem o objetivo de prevenir ou retardar o desenvolvimento de complicações agudas ou crónicas através de estratégias como um controlo metabólico rigoroso, educação e tratamento eficaz (WHO, 1994).

A Federação Internacional da Diabetes desenvolveu *Guidelines* que definem os padrões de cuidados, tendo em conta intervenções baseadas em evidências, a fim de orientar os profissionais de saúde para proporcionarem um serviço de atendimento de qualidade a todas as pessoas diabéticas (IDF, 2013). As pessoas com diabetes devem receber cuidados médicos de uma equipa que inclua: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos assistentes, nutricionistas, farmacêuticos e profissionais de saúde mental com conhecimento e interesse específicos em diabetes (ADA, 2008).

Para que uma pessoa com diabetes tipo 1 tenha uma vida saudável é necessário fazer um tratamento adequado que, para além da insulina, engloba uma alimentação correta e exercício físico regular. É necessário também que o paciente faça uma autovigilância dos seus níveis de açúcar no sangue (glicemias) para que possa adaptar, quando necessário, os outros três elementos do tratamento (ADA, 2008; OND, 2014). Neste sentido, é importante que o paciente tenha um papel ativo no seu tratamento, mas também é fundamental uma aliança terapêutica individualizada entre o paciente e a sua família, o médico e outros membros da equipa de saúde (ADA, 2008).

1.2. Imagem Corporal

A imagem corporal é um conceito complexo e multidimensional (Pruzinsky & Cash, 2002) que é definido como “as perceções, pensamentos e sentimentos de uma pessoa acerca do seu corpo” (Grogan, 2008, p. 3). Esta conceção interna e subjetiva de cada indivíduo sobre o

corpo influencia a sua qualidade de vida ao ter um impacto direto nas suas emoções, comportamentos e relações interpessoais. Neste sentido, a imagem corporal apresenta-se como um construto fundamental para compreender o funcionamento e a experiência humana (Pruzinsky & Cash, 2002).

1.2.1. Diferenças de Género e Idade

As mulheres têm uma maior tendência para se preocuparem com a imagem corporal do que os homens, independentemente da idade, sendo que esta preocupação nas mulheres começa cedo e continua ao longo da vida (Striegel-Moore & Debra, 2002). No entanto, atualmente existem muitos indícios de que a insatisfação corporal é uma fonte cada vez mais comum de sofrimento em indivíduos do sexo masculino (Corson & Andersen, 2002).

A literatura aponta diferenças entre a forma como homens e mulheres encaram e vivenciam a imagem corporal. Se, por um lado, as mulheres demonstram uma maior preocupação com o seu peso e querem ser mais magras, por outro lado, os homens mostram-se mais preocupados com a sua forma e com a sua musculatura (Corson & Andersen, 2002; Grogan, 2008). Relativamente às estratégias utilizadas para atingir a imagem corporal ideal, os homens tendem a utilizar mais o exercício físico como forma de mudar a forma do seu corpo, enquanto a dieta é uma estratégia muito comum entre as mulheres (Grogan, 2008).

1.2.2. Fatores de Risco

Existem fatores históricos e proximais que predispõem ou influenciam a forma como as pessoas pensam, sentem e agem em relação à sua imagem corporal. Por um lado, os fatores históricos são acontecimentos passados, atributos ou experiências do indivíduo, como a socialização cultural, experiências interpessoais, características físicas e atributos de personalidade, que promovem esquemas e atitudes relativamente à sua imagem corporal, incluindo a avaliação e o grau de investimento. Por outro lado, os fatores proximais são eventos de vida atuais do indivíduo que precipitam e mantêm as suas experiências relativamente à imagem corporal, como diálogos internos, emoções e ações de autorregulação (Cash, 2002).

O ideal de beleza criado pelo contexto cultural atual – corpos excessivamente magros para as mulheres e corpos musculados e atléticos para os homens – e a pressão social para as pessoas estarem em conformidade com esse padrão contribuem para uma preocupação excessiva com a imagem corporal, altos níveis de insatisfação corporal e perturbações alimentares (Striegel-Moore & Bulik, 2007; Tiggemann, 2002). Deste modo, as perturbações alimentares surgem como uma consequência dessa procura pela beleza ideal e irrealista (Striegel-Moore & Bulik, 2007), fortemente influenciada pelos media (Grogan, 2008;

Tiggemann, 2002) com maior impacto entre as mulheres, sobretudo as mais jovens (Grogan, 2008).

1.2.3. Insatisfação com a Imagem Corporal

A insatisfação com a imagem corporal pode ser descrita como “os pensamentos e sentimentos negativos de uma pessoa acerca do seu corpo” (Grogan, 2008, p. 4). Sendo a imagem corporal uma componente importante na autoimagem do indivíduo (Striegel-Moore & Debra, 2002) que é influenciada significativamente por fatores sociais (Grogan, 2008), uma imagem corporal negativa terá um forte impacto nas suas relações sociais (Pruzinsky & Cash, 2002), estando associada também a uma baixa autoestima (Striegel-Moore & Debra, 2002).

O excesso de peso é visto como característica física não atrativa que é associado a outras características negativas e preditor da insatisfação corporal (Grogan, 2008). A procura por um ideal de beleza irrealista (Striegel-Moore & Debra, 2002) e a consequente insatisfação com a imagem corporal (Striegel-Moore & Bulik, 2007) surgem assim como fatores de risco elevado para o desenvolvimento de distúrbios alimentares (Striegel-Moore & Bulik, 2007; Striegel-Moore & Debra, 2002).

Num estudo onde foi avaliado o nível de satisfação com a imagem corporal na população portuguesa (Francisco, Alarcão, & Narciso, 2012), verificou-se diferenças de género significativas, os indivíduos do sexo masculino estão mais satisfeitos do que os indivíduos do sexo feminino, e diferenças geracionais, a satisfação é mais elevada nos adolescentes do que nos adultos.

1.3. Perturbações Alimentares

As perturbações do comportamento alimentar caracterizam-se por perturbações persistentes na alimentação ou em comportamentos relacionados com a alimentação que resulta num consumo ou absorção de alimentos alterados e que prejudica seriamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial do indivíduo (American Psychiatric Association [APA], 2013). Apesar de haver diferentes categorias diagnósticas, as perturbações alimentares têm muitas características em comum e os pacientes frequentemente se movem entre elas (American Dietetic Association, 2001; Fairburn & Harrison, 2003), o que sugere que mecanismos comuns estão envolvidos na sua persistência (Fairburn & Harrison, 2003).

1.3.1. Prevalência

As estimativas da prevalência de perturbações alimentares variam de acordo com a amostra e os métodos de avaliação utilizados (APA, 2006). Contudo, existe um consenso em

como as perturbações alimentares são mais frequentes em indivíduos do sexo feminino do que em indivíduos do sexo masculino (Fairburn & Harrison, 2003), sendo que a taxa de prevalência estimada entre homens e mulheres varia de 1:6 a 1:10 (Hock & Hoeken, 2003).

As perturbações alimentares são uma importante causa de morbilidade física e psicossocial em adolescentes e jovens adultos (Fairburn & Harrison, 2003). Estima-se que 85% destas perturbações têm início durante a adolescência (American Dietetic Association, 2001).

1.3.2. Fatores de Risco

Fatores socioculturais, psicológicos e biológicos desempenham um papel importante no desenvolvimento de perturbações alimentares ou de atitudes e comportamentos associados (Fairburn & Harrison, 2003; Striegel-Moore & Bulik, 2007). O conhecimento sobre estes fatores de risco pode ser benéfico para melhorar os tratamentos atuais (Ghaderi, 2001).

O período da adolescência e início da idade adulta, o sexo feminino e a vivência numa sociedade ocidental são apontados como fatores de risco gerais para um individuo desenvolver uma perturbação alimentar (Fairburn & Harrison, 2003). A magreza extrema é concebida como o ideal de beleza feminino na cultura ocidental e o corpo feminino é tratado como um objeto. A exposição do individuo ao ideal de magreza incentiva a internalização desse ideal, no entanto, a experiência da discrepância entre a imagem corporal real e ideal leva à insatisfação corporal e à restrição alimentar (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

O contexto familiar pode surgir como um fator de risco, nomeadamente, a história da família relativamente a perturbações alimentares, uso indevido de drogas (especialmente alcoolismo na bulimia nervosa), obesidade (especialmente na bulimia nervosa) e episódios depressivos (Fairburn & Harrison, 2003).

As experiências pré-mórbidas do individuo são fatores de risco específico do individuo, entre elas salienta-se a parentalidade adversa (especialmente baixo contacto, alta expectativas, e discórdia parental), episódios de abuso sexual, dieta alimentar da família, uma pressão para ser magro e comentários críticos da família ou de outras pessoas sobre alimentação, forma ou peso. São ainda consideradas algumas características pré-mórbidas do individuo como fatores de risco, nomeadamente, baixa autoestima, perfeccionismo (especialmente na anorexia nervosa), obesidade (especialmente na bulimia nervosa), menarca precoce (especialmente na bulimia nervosa), ansiedade e transtornos de ansiedade (Fairburn & Harrison, 2003).

1.4. Imagem Corporal e Perturbações Alimentares em Indivíduos com Diabetes

Uma maior insatisfação corporal nos indivíduos com diabetes tipo 1 é associada a práticas não saudáveis de perda de peso e ao desenvolvimento de perturbações alimentares (Philippi, Cardoso, Koritar, & Alvarenga, 2013).

Vários estudos demonstram que, frequentemente, as mulheres com diabetes tipo 1 adotam comportamentos relacionados com a alimentação e a imagem corporal que incluem: **comportamentos de compulsão alimentar** (Colton, Olmsted, Daneman, & Rzodin, 2013; Custal et al., 2014; Goebel-Fabbri et al., 2008; Jones, Lawson, Daneman, Olmsted, & Rodin, 2000; Olmsted, Daneman, Rydall, Lawson, & Rodin, 2002; Powers et al., 2012; Rydall, Rodin, Olmsted, Devenyi, & Daneman, 1997; Takii et al., 2008), **fazer dieta para perder peso** (Ackard et al., 2008; Colton et al., 2013; Jones et al., 2000; Olmsted et al., 2002; Rydall et al., 1997), **omitir insulina propositadamente como uma forma de controlar o peso** (Ackard et al., 2008; Balfe et al., 2013; Colton et al., 2013; Custal et al., 2014; Goebel-Fabbri et al., 2008; Jones et al., 2000; Olmsted et al., 2002; Peveler et al., 2005; Philippi et al., 2013; Powers et al., 2012; Rydall et al., 1997; Takii et al., 2008), **vômitos autoinduzidos e abuso de laxantes** (Ackard et al., 2008; Colton et al., 2013; Custal et al., 2014; Jones et al., 2000; Olmsted et al., 2002; Peveler et al., 2005; Powers et al., 2012; Rydall et al., 1997; Takii et al., 2008), **abuso de diuréticos** (Ackard et al., 2008; Colton et al., 2013; Custal et al., 2014; Olmsted et al., 2002; Powers et al., 2012), **uso de comprimidos para emagrecer** (Ackard et al., 2008; Colton et al., 2013) e **exercício físico excessivo** (Colton et al., 2013; Powers et al., 2012).

1.4.1. Diabulimia

Diabulimia é um termo utilizado para descrever uma perturbação alimentar cuja estratégia de perda de peso envolve a omissão ou a limitação de insulina, de forma deliberada, por parte de pacientes com diabetes tipo 1 (Darbar & Mokha, 2008; Davidson, 2014; Menina & Akers, 2014; Shih, 2009, 2011). Em diversos estudos, esta estratégia de perda de peso foi a segunda mais relatada entre indivíduos diabéticos, sendo a primeira a dieta (Ackard et al., 2008; Jones et al., 2000; Rydall et al., 1997). O termo Diabulimia surgiu nos últimos anos como sendo uma forma de bulimia associada à diabetes (Blanchard, 2008; Darbar & Mokha, 2008), no entanto, embora este comportamento alimentar não seja novo, a consciencialização pública sobre ele é relativamente recente (Menina & Akers, 2014).

Segundo os critérios da 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-5] (APA, 2013), podemos classificar esta perturbação alimentar como uma perturbação purgativa, onde existe um comportamento purgativo recorrente para

influenciar o peso ou a forma corporal na ausência de ingestão alimentar compulsiva, sendo que os seus sintomas causam sofrimento clinicamente significativo para o indivíduo ou prejuízo no seu funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento (APA, 2013). Pacientes com Diabulimia têm padrões alimentares irregulares. Por um lado, restringem a comida que ingerem, “saltam” refeições, evitam doces e gorduras com a intenção de perder peso. Por outro lado, ingerem uma grande quantidade de comida e sentem-se culpados, pelo que de seguida limitam o que comem ou evitam tomar insulina (Shih, 2009).

Mesmo que uma pessoa sofra de Diabulimia por um período de tempo relativamente curto encontra-se em risco de cetoacidose diabética (Blanchard, 2008). Episódios recorrentes de cetoacidose diabética sem causa aparente, como uma doença febril ou vômitos anteriores, é quase sempre o resultado de omissão de insulina devido a problemas psicossociais, nomeadamente, uma tentativa de perder peso em jovens com perturbações alimentares (Goebel-Fabbri et al., 2008; Wolfsdorf et al., 2014).

O efeito inicial deste comportamento no peso corporal é rápido, principalmente como resultado da perda de água existente no corpo (Peveler, 2000). Contudo, durante o período em que o paciente não toma insulina suficiente, as células não conseguem transformar a glicose dos alimentos em energia, pelo que o corpo consome a gordura armazenada para obter energia (ADA, 2013; IDF, 2013), razão pela qual o paciente continua a perder peso (Darbar & Mokha, 2008; Shih, 2011). Enquanto o nível de insulina no corpo não voltar ao normal, a glicose ingerida não pode ser utilizada e é expelida através da urina (Blanchard, 2008; Colton et al., 2009; Darbar & Mokha, 2008; Power et al., 2012; Shih, 2009, 2011).

1.4.2. Prevalência

Enquanto alguns estudos demonstram que existe maior prevalência de perturbações alimentares, práticas de controlo de peso desadequadas e preocupações com o peso e a forma corporal em indivíduos com diabetes, comparativamente aos seus pares não diabéticos (e.g., Jones et al., 2000), outros estudos não encontraram diferenças significativas (e.g., Ackard et al., 2008).

Estudos demonstram que as principais perturbações no comportamento alimentar em pacientes com diabetes tipo 1 são a omissão de insulina como estratégia de perda de peso e a compulsão alimentar (Goebel-Fabbri et al., 2008; Jones et al., 2000; Rydall et al., 1997; Takki et al., 2008). Em geral, os indivíduos com diabetes adotam comportamentos alimentares menos saudáveis que os seus pares não diabéticos (Ackard et al., 2008), nomeadamente relatam uma

maior compulsão alimentar e uma menor adesão às dietas para efeitos de perda de peso (Jones et al., 2000; Rydall et al., 1997), que pode ser explicado por utilizarem a omissão de insulina como comportamento compensatório e estratégia de perda de peso (Jones et al., 2000).

1.4.3. Diferenças de Género e de Idade

Tal como na população em geral, também as mulheres com diabetes revelam uma maior insatisfação corporal do que os homens (Ackard et al., 2008; Philippi et al., 2013) e estão em maior risco de desenvolver perturbações alimentares (Preveler, 2000), sendo o recurso à omissão de insulina como estratégia de perda de peso mais frequente em mulheres do que em homens (Ackard et al., 2008; Philippi et al., 2013).

No que diz respeito à idade, os pacientes diabéticos com maior risco de desenvolver perturbações alimentares são os adolescentes (Preveler, 2000), sendo que as perturbações alimentares tendem a aumentar de frequência ao longo da adolescência e a persistir nas mulheres jovens com diabetes (Rydall et al., 1997).

Estudos confirmam que os distúrbios alimentares que cumprem os critérios de diagnóstico do DSM-IV são cerca de duas vezes mais comuns em mulheres adolescentes com diabetes tipo 1 do que nos seus pares não-diabéticos (Jones et al., 2000), diferença que também é descrita pelos profissionais de saúde (Balfé et al., 2013). O aumento da prevalência de perturbações alimentares em adolescentes do sexo feminino com diabetes tipo 1 pode refletir uma interação entre o indivíduo e fatores ambientais na patogénese dos distúrbios alimentares, semelhante à observada em outros grupos de risco (Jones et al., 2000).

1.4.4. Fatores de Risco

Para que haja uma adequada gestão da diabetes é necessário que o paciente dê uma maior atenção à alimentação saudável, ao controlo do peso e dos níveis de açúcares no sangue (Ackard et al., 2008; Colton et al., 2013; Menina & Akers, 2014), à administração de insulina e ao seu nível de atividade física (Colton et al., 2013). No entanto, a ênfase dada pelos profissionais de saúde a estes aspetos pode resultar numa obsessão por parte dos pacientes (Menina & Akers, 2014) e, eventualmente, provocar uma desregulação dietética, com episódios de compulsão alimentar e comportamento de controlo de peso (Colton et al., 2009). Existe assim uma estreita relação entre o bem-estar psicológico e a saúde física em pessoas com diabetes (Colton et al., 2009, 2013), provavelmente também relacionada com a influência que a experiência de ter uma doença crónica tem no funcionamento psicossocial do paciente diabético (Colton et al., 2009).

A percepção que os pacientes diabéticos têm da forma como são tratados em relação à sua alimentação pode ser outro fator de risco para o desenvolvimento de perturbações no comportamento alimentar. A sensação de perda de controlo associada às exigências relacionadas com a diabetes impostas pela família e profissionais de saúde pode levar à necessidade do paciente controlar o seu peso e forma corporal, como forma de conseguir recuperar algum controlo sobre a sua vida (Weaver, 2012).

A diabetes exige uma adaptação por parte do indivíduo e da família, o que aumenta a ansiedade no ambiente familiar (Weaver, 2012), promovendo emoções fortes entre pais e filhos (Balfe et al., 2013). Neste sentido, os comportamentos de perda de peso podem também ser percebidos como uma forma dos jovens vingarem-se dos seus pais (Balfe et al., 2013) e demonstrar independência deles (Balfe et al., 2013; Weaver, 2012).

Os jovens com diabetes tipo 1 preocupam-se mais com o seu peso e imagem corporal, particularmente as jovens do sexo feminino, pois consideram ter sido difícil perder peso desde que têm diabetes (Balfe et al., 2013). O uso de insulina é frequentemente associado a um ganho de peso (Balfe et al., 2013; Diabetes Control And Complications Trial [DCCT] Research Group, 2001), associação que pode ser explicada devido à flutuação de peso antes e depois do diagnóstico da diabetes (Darbar & Mokha, 2008; DCCT Research Group, 2001). Por um lado, alguns estudos verificaram os indivíduos com diabetes apresentam, em média, um Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevado do que os seus pares não diabéticos (Jones et al., 2000; Peveler et al., 2005; OND, 2014), sendo que perto de 90% da população com diabetes apresenta excesso de peso (49,2%) ou obesidade (39,6%) em Portugal (OND, 2014). Por outro lado, pacientes com maior IMC tendem a ser mais insatisfeitos com a sua imagem corporal, o que pode levar a estratégias inadequadas de controlo de peso e aumenta o risco de desenvolvimento de perturbações alimentares (Colton et al., 2009; Philippi et al., 2013).

Os pacientes diabéticos têm uma relação diferente com a alimentação comparativamente com indivíduos não diabéticos, uma vez que condicionam a sua vida com vários rituais ao longo do dia que envolvem as horas das refeições (Menina & Akers, 2014). O incentivo dos nutricionistas para que o paciente diabético siga um plano alimentar pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares pois, por um lado, os pacientes têm um plano alimentar imposto em vez de comerem de acordo com as suas sensações de fome e saciedade, e por outro lado existe um grande foco nos alimentos e nas calorias que pode sugerir a restrição de certos tipos de alimentos (Colton et al., 2009; Weaver, 2012). Atualmente há pacientes que adotam um plano de alimentação mais flexível onde

procedem à contagem da quantidade de hidratos de carbono que ingerem para calcular as doses de insulina que necessitam tomar, no entanto, se essa contagem não for feita por estes pacientes resulta num mau controlo metabólico da doença, o que constitui também um fator de risco para desenvolver uma perturbação alimentar (Philippi et al., 2013).

Deve-se ter em atenção os primeiros sinais que uma pessoa com Diabulimia apresenta: vulnerabilidade a um transtorno alimentar (por exemplo, está muito obcecado sobre o seu peso), mudanças de humor (se o açúcar no sangue está alto ou baixo os pacientes com diabetes não se sentem bem por isso não se vão comportar como habitualmente se comportam), apresentam sintomas da diabetes não diagnosticada (poliúria, polidipsia, fraqueza, pensamento confuso) ou de cetoacidose diabética (náuseas, dor abdominal, vômitos), come muito mas não ganha peso ou até perde peso (Blanchard, 2008), a quantidade de cartuchos de insulina que está de reserva no frigorífico mantém-se igual porque não é usada (Shih, 2009), o paciente não é visto a dar insulina em público (Hasken, Kresl, Nydegger, & Temmed, 2010) e hospitalizações recorrentes por episódios de cetoacidose diabética (Preveler et al., 2005). Como têm um comportamento alimentar irregular, os indivíduos com Diabulimia preferem não comer com outras pessoas e quando estão em público escolhem alimentos com menos calorias e comem pequenas porções, no entanto, em privado ingerem um grande número de calorias (Shih, 2009).

1.4.5. Fatores de Manutenção

A omissão de insulina é inicialmente percebida como uma experiência positiva porque os pacientes perdem peso sem experimentar quaisquer efeitos colaterais visíveis e, além disso, esse comportamento é muitas vezes reforçado positivamente através, por exemplo, de elogios da família e de amigos (Balfe et al., 2013).

Os indivíduos diabéticos que omitem as doses de insulina para controlar o seu peso experimentam uma sensação de domínio, por um lado, de controlo do seu corpo e, por outro lado, de ter descoberto uma maneira secreta de controlar o seu peso sem que os outros percebam como (Balfe et al., 2013), o que faz com que o indivíduo sinta que tem controlo sobre esse seu comportamento (Weaver, 2012). No entanto, os indivíduos ficam presos a este comportamento, pois quando voltam a tomar as doses de insulina corretamente ganham todo o peso que tinham perdido, surgindo um mecanismo de escalada que faz com que não consigam controlar os seus comportamentos de perda de peso e estes passam a assumir um papel cada vez mais decisivo na vida do paciente (Balfe et al., 2013).

Entre o momento em que o paciente começa a omitir doses de insulina e o momento em que os familiares e os médicos percebem pode decorrer algum tempo. Por um lado, muitos

pacientes conseguem manter em segredo os seus comportamentos, sendo que as perturbações alimentares estão presentes nas suas vidas mas de forma oculta (Peveler, 2000). Por exemplo, adolescentes com Diabulimia alteram os seus níveis de açúcar ao adicionar água ao seu sangue para conseguirem valores mais baixos na memória do seu medidor de glicose do que aqueles que realmente têm (Shih, 2009), com o objetivo de enganar os pais e os médicos. Por outro lado, a família e os médicos com a sua atenção centrada nas exigências da gestão da diabetes podem não reconhecer perturbações nos comportamentos alimentares do paciente e ignorar a presença deste comportamento compensatório inadequado (Powers et al., 2012).

As famílias são vistas como um suporte de apoio imperfeito, sendo apontada como causas a falta de conhecimento dos pais relativamente à diabetes e aos riscos potenciais dos comportamentos alimentares. Apesar dos pais estarem preocupados com os comportamentos dos filhos, são incapazes de ajudá-los de uma forma adequada e eficaz (Balfe et al., 2013).

1.4.6. Consequências

"I'm lying all the time to everyone [...] I lie about being healthy. I lie about the amount of food I'm eating. I can't have a real relationship with anyone because I don't have a truthful relationship with myself." (Blanchard, 2008, p.34)

O comportamento de perda de peso ocupa uma posição central na vida destes indivíduos, que muitas vezes são incapazes de alterar os seus comportamentos mesmo estando conscientes das suas consequências (Balfe et al., 2013), pois ignoram os seus efeitos a longo prazo (Darbar & Mokha, 2008). Neste sentido, evitam qualquer situação que seja sentida como uma ameaça ao seu comportamento de perda de peso. Se os profissionais de saúde não conseguirem identificar de forma proactiva perturbações alimentares em jovens diabéticos, esse comportamento pode durar vários anos antes de os pacientes procurarem ajuda, existindo graves consequências no controlo da diabetes e na saúde mental (Balfe et al., 2013).

Vários estudos mostram que os indivíduos diabéticos com um distúrbio alimentar apresentam uma concentração média de hemoglobina glicada (HbA1c) no sangue mais elevada do que aqueles sem distúrbio alimentar (Goebel-Fabbri et al., 2008; Jones et al., 2000; Peveler et al., 2005; Rydall et al., 1997; Takii et al., 2008), pois existe uma baixa automonitorização do controlo glicémico (Custal et al., 2014). Embora exista uma forte associação entre perturbações alimentares e um mau controlo metabólico em adultos diabéticos (Rydall et al., 1997), em adolescentes essa associação é menos frequente, provavelmente devido a fatores de suporte familiar e social que podem minimizar esses efeitos (Colton et al., 2013).

As perturbações alimentares em indivíduos com diabetes tipo 1 representam um risco mais elevado para a saúde por estarem associadas a um pior controlo metabólico da diabetes, que contribui para um aumento do risco de complicações microvasculares nestes pacientes, como a nefropatia (Goebel-Fabbri et al., 2008; Peveler et al., 2005; Rydall et al., 1997; Takii et al., 2008), neuropatia (Peveler et al., 2005), problemas do pé (Goebel-Fabbri et al., 2008) e retinopatia diabética (Peveler et al., 2005; Rydall et al., 1997; Takii et al., 2008). Verificou-se que o risco de retinopatia é três vezes maior em pacientes diabéticos que tenham perturbações no comportamento alimentar (Rydall et al., 1997). A duração de omissão de insulina é o fator mais associado à retinopatia e nefropatia em mulheres com diabetes tipo 1 que sofrem de perturbações alimentares diagnosticadas, embora a duração da diabetes tipo 1 também seja um outro fator igualmente importante (Rydall et al., 1997; Takii et al., 2008).

Estudos demonstram que o risco de mortalidade é maior em indivíduos diabéticos que apresentam perturbações do comportamento alimentar comparativamente aos que não apresentam estes comportamentos (Goebel-Fabbri et al., 2008; Peveler et al., 2005). A omissão de insulina como uma estratégia de controlo do peso está associada a um risco de mortalidade três vezes maior em pacientes diabéticos, sendo que a idade média de morte nesses casos diminui (Goebel-Fabbri et al., 2008).

A nível do desenvolvimento físico, os níveis elevados de hemoglobina nas crianças diabéticas atrasam a puberdade devido à interferência com funções do cérebro e, nas raparigas, as menstruações são irregulares ou inexistentes (Shih, 2009).

A associação entre depressão e comportamentos alimentares perturbados é comum em pessoas com diabetes tipo 1, no entanto, não é obrigatória. Por um lado, pode sugerir uma vulnerabilidade partilhada por este grupo para problemas alimentares e de humor e, por outro lado, pode indicar que as dificuldades existentes num domínio podem oferecer risco no outro domínio (Colton et al., 2013). Os pacientes tornam-se angustiados pelo seu comportamento de perda de peso, o que torna comum a ocorrência de episódios depressivos e alguns experimentam pensamentos suicidas (Balfe et al., 2013).

No entanto, estudos demonstram que numa fase inicial no desenvolvimento de perturbações alimentares, as pessoas com diabetes tipo 1 apresentam um estado de saúde psicológica menos comprometido que os seus pares não diabéticos, pois relatam menor depressão e ansiedade (Powers et al., 2012) e apresentam menor probabilidade de automutilação, ideação suicida e comportamento suicida (Custal et al., 2014). Estes resultados podem ser explicados pelos baixos níveis de consciência destes pacientes em relação à doença

(Custal et al., 2014; Powers et al., 2012), nomeadamente, a baixa intensidade e comprometimento percebidos, mas pode também acontecer que os pacientes diabéticos utilizem o mau uso de insulina para lidar com as emoções (Custal et al., 2014).

Verifica-se maiores taxas de abandono da terapia e piores resultados do tratamento em indivíduos diabéticos com perturbações alimentares em comparação com os seus pares não diabéticos. A falta de motivação, resultante do nível baixo de consciência dos pacientes diabéticos relativamente à sua doença, juntamente com a baixa persistência, também demonstrada por estes pacientes, podem explicar o *dropout* (Custal et al., 2014).

1.4.7. Motivação para a Mudança

Estudos apontam alguns fatores que levam os indivíduos a “afastarem-se” da Diabulimia numa fase de transição. O primeiro fator verifica-se quando o indivíduo experimenta um evento catastrófico, tipicamente associado ao descontrolo da diabetes que faz com que fique gravemente doente e fique consciente, pela primeira vez, dos riscos a longo prazo do seu comportamento de risco (Balfe et al., 2013), como a ocorrência de complicações microvasculares (Takii et al., 2008). O segundo fator diz respeito à perceção dos indivíduos de não serem os únicos com este tipo de comportamentos, o que por vezes faz com que percebam que o seu comportamento é grave e que necessita de ajuda. Por fim, a intervenção médica é um terceiro fator, que só se verifica eficaz após um evento catastrófico, uma vez que o paciente estabelece uma relação de suporte e confiança a longo prazo. Assim, a intervenção terapêutica pode ajudar na recuperação do paciente (Balfe et al., 2013).

Encontrar o que é importante e motiva os pacientes pode ajudá-los. A gratificação imediata e as consequências a curto prazo parecem ser mais motivadoras do que as consequências a longo prazo. Por exemplo, parece produtivo explicar os benefícios imediatos de ter os níveis de açúcar controlados: diminui o cansaço, a dor de cabeça ou as náuseas e assim melhora a concentração no local de trabalho; reduz a sede e a vontade de ir à casa de banho e assim melhora a socialização; a visão fica menos turva; e reduz os sintomas da neuropatia dolorosa (Shih, 2009). Pelo contrário, é contraproducente falar nas consequências a longo prazo, como a amputação de membros, cegueira, diálise renal ou morte (Shih, 2009; Weaver, 2012).

1.4.8. Prevenção e Tratamento

Considerando o risco mais elevado de perturbações alimentares em pacientes com diabetes, é fundamental valorizar a gestão da doença muito precocemente. Um programa interativo para reforçar os fatores de proteção para perturbações alimentares em raparigas com

diabetes tipo 1 (Wilksch, Starkey, Gannoni, Kelly, & Wade, 2013) promoveu melhorias significativas na autoeficácia relacionada com a gestão de diabetes, autoestima, autoestima corporal, internalização do ideal de magreza e perfeccionismo, que foram mantidas no follow-up. Também foi relatado pelos pais que as jovens assumiram maior responsabilidade nas tarefas relacionadas com a diabetes. Um outro programa de psicoeducação em jovens mulheres com diabetes tipo 1 e perturbações alimentares (Olmsted et al., 2002) reduziu os distúrbios no comportamento alimentar, nomeadamente, a dieta, a insatisfação corporal e a preocupação com a magreza e a comida, no entanto, não melhorou o controlo metabólico, o comportamento de compulsão alimentar nem o comportamento compensatório de omissão de insulina.

No que diz respeito ao contexto escolar, deve-se promover uma maior consciência nos professores e funcionários sobre a Diabulimia e os seus principais sinais de alerta, de modo que sejam capazes de detetá-los em alunos com diabetes. Também é importante promover ações de educação sobre a Diabulimia para todos os alunos, como atualmente se faz relativamente a outras perturbações alimentares, nomeadamente, explicar as consequências da omissão de insulina na saúde de pessoas com diabetes tipo 1 (Hasken et al., 2010).

Atualmente existe uma maior consciência entre os profissionais de saúde sobre o risco de pacientes com diabetes tipo 1 desenvolverem perturbações alimentares, no entanto, o diagnóstico de uma doença crónica como a diabetes tipo 1 e uma perturbação alimentar é extremamente complicado e exige cuidados profissionais adequados relativamente aos aspetos emocionais e físicos (Menina & Akers, 2014). Por um lado, o diagnóstico por vezes é difícil de se realizar porque os pacientes não cumprem os critérios para uma perturbação alimentar específica (Balfe et al., 2013). Por outro lado, estes indivíduos mantêm os seus comportamentos alimentares em segredo (Peveler, 2000) e não falam dos seus problemas com os médicos e enfermeiros (Balfe et al., 2013).

O tratamento da Diabulimia deve envolver uma equipa multidisciplinar com nutricionistas, endocrinologistas e psicoterapeutas (Blanchard, 2008; Preveler, 2000; Shih, 2009, 2011). O endocrinologista é especialista no tratamento da diabetes e ajuda o paciente a ajustar as doses de insulina. O nutricionista tem conhecimento de perturbações alimentares e da diabetes pelo que ajuda o paciente com a preparação de um plano alimentar adequado. O psicoterapeuta, para além de compreender as perturbações alimentares, terá de ter conhecimento médico da diabetes e sobre a ação da insulina no corpo humano (Blanchard, 2008).

Algumas mulheres podem começar a omitir insulina de forma quase acidental, existindo nestes casos uma falta de conhecimento sobre as consequências deste comportamento (Balfe et al., 2013). É fundamental os profissionais de saúde alertarem os pacientes com diabetes tipo 1 para os riscos da omissão de insulina e instruir os médicos a examinarem esses mesmos pacientes, tendo em vista a possibilidade do desenvolvimento de uma perturbação alimentar (Balfe et al., 2013; Philippi et al., 2013; Takii et al., 2008). Incluir certas questões no decorrer das consultas de rotina pode identificar pacientes em risco, como questões sobre os hábitos e atitudes alimentares, o peso corporal, as estratégias de controlo de peso (Preveler, 2000) e se toma menos insulina do que devia (Goebel-Fabbri et al., 2008).

Pinhas-Hamiel et al. (2013) propõem uma árvore de decisão baseada em características clínicas (idade atual, idade de diagnóstico da diabetes e género) e nos padrões dos valores de HbA1c (hemoglobina glicada), como um sistema de apoio para detetar o comportamento de omissão de insulina intencional em pacientes com diabetes tipo 1. Questionários de rastreio de perturbações alimentares também podem ser úteis neste processo de deteção (Preveler, 2000), mas uma entrevista psiquiátrica é necessária para confirmar o diagnóstico (Hasken et al., 2010; Preveler, 2000).

De igual forma é importante que seja realizada uma triagem para problemas de humor devido à forte associação entre problemas de comportamento alimentar e humor em pessoas com diabetes tipo 1, especialmente jovens. Uma intervenção clínica adequada, que muitas vezes precisa de abordar estes problemas simultaneamente, pode ajudar a prevenir ou minimizar as consequências de desenvolvimento e de saúde destes problemas de saúde mental neste grupo vulnerável (Colton et al., 2013).

O tratamento da Diabulimia, para além de reeducar os pacientes relativamente ao controlo dos níveis de açúcar no sangue e às doses de insulina a tomar, deve ajudar as pessoas a desenvolver um comportamento de alimentação saudável e promover o exercício físico adequado a cada pessoa quando o estado de saúde permitir (Shih, 2009). É importante não causar medo nos pacientes (Shih, 2009) nem fazer julgamentos, mas incentivar os pacientes a obter ajuda e a serem saudáveis (Blanchard, 2008; Shih, 2009), pelo que a intervenção deve reforçar a motivação dos pacientes (Custal et al., 2014). Fornecer um contexto de cuidado e preocupação aos pacientes proporcionar-lhes-á uma maior confiança e abertura para pedir ajuda e, assim, diminuir os sentimentos de negação do paciente relativamente à sua perturbação alimentar (Weiner, 2012). O papel dos profissionais de saúde também é fundamental para

orientar os pais sobre como lidar com a situação do seu filho de forma mais produtiva, de modo a não aumentar os conflitos dentro da família (Balfe et al., 2013).

Recuperar de qualquer perturbação alimentar é extremamente difícil tanto a nível físico como emocional, pois existe um processo de aprendizagem por parte do paciente sobre como lidar com a vida e os desafios inesperados que surgem sem a proteção e a segurança que anteriormente eram dados pelo seu comportamento alimentar desviante (Menina & Akers, 2014). Muitas vezes os pacientes continuam a lutar contra os seus impulsos de perda de peso, especialmente quando experimentaram eventos de vida stressantes, como por exemplo, o desemprego ou dificuldades de relacionamento (Balfe et al., 2013).

O período de recuperação da doença é caracterizado por uma desistência intermitente por parte do paciente. Por um lado, é difícil mudar os seus padrões de pensamento e é preciso ter muita atenção ao seu comportamento para identificar os sinais de impulso para a perda de peso. Por outro lado, os pacientes têm de aceitar que estão a ganhar peso e a perder a sensação de domínio e controlo que tinham sobre si próprios (Balfe et al., 2013). No entanto, também tem sido observado entre jovens com diabetes altas taxas de recuperação de perturbações alimentares e melhorias no controlo metabólico (Takii et al., 2008).

2. METODOLOGIA DO ESTUDO

2.1. Enquadramento Metodológico

A presente investigação enquadra-se no paradigma pós-positivista, uma vez que se pretende criar evidências que refutem ou apoiem a teoria preexistente (Boyatzis, 1998). Neste sentido, a posição ontológica deste estudo é o realismo crítico (Braun & Clarke, 2006; Guba & Lincoln, 1994), pois a realidade é real mas apenas pode ser apreendida de um modo imperfeito devido às falhas dos mecanismos intelectuais humanos e à natureza complexa dos fenómenos em estudo (Guba & Lincoln, 1994). Por sua vez, epistemologicamente o estudo assume uma perspetiva objetivista, pois é possível conhecer a realidade mas de um modo meramente aproximado (Guba & Lincoln, 1994; Hesse-Biber & Leavy, 2011), sendo que essa realidade é constituída por relações de causa e efeito testáveis (Hesse-Biber & Leavy, 2011).

Esta investigação é um estudo exploratório baseado numa abordagem mista que combina métodos quantitativos e qualitativos, criando um projeto de pesquisa sinérgico onde cada um dos métodos permite ao outro ser mais eficaz, pois complementam-se (Hesse-Biber & Leavy, 2011).

Numa primeira fase do estudo foi utilizada uma abordagem quantitativa que permite recolher dados numéricos para responder às questões de investigação (Christensen, Johnson, & Turner, 2011), quantificá-los e colocar os participantes em categorias (Coolican, 2009). Optou-se por um estudo quantitativo não experimental (Christensen et al., 2011), utilizando-se o método correlacional que permite a compreensão e a predição dos fenómenos através da formulação de hipóteses sobre a relação entre variáveis, conseguindo ir mais além do que a mera descrição dos resultados (Almeida & Freire, 2008).

Numa segunda fase do estudo, de modo a explorar as especificidades da vivência da diabetes e o possível risco associado às perturbações alimentares, utilizou-se uma abordagem qualitativa que permite a compreensão holística dos fenómenos, tendo em conta o contexto em que ocorrem, a sua complexidade e a diversidade de perspetivas (Coolican, 2009; Daly, 2007). A abordagem qualitativa dá assim um maior relevo aos significados, às perceções e às experiências dos participantes sobre o mundo (Coolican, 2009), permitindo estudar como estas são compreendidas, experienciadas, produzidas e interpretadas (Daly, 2007). Pretendeu-se, assim, reconhecer a forma como os participantes constroem significados a partir da sua experiência e como o contexto social mais amplo se relaciona com esses significados, mantendo o foco nos dados recolhidos e na realidade (Braun & Clarke, 2006), com a finalidade de expandir e aprofundar a compreensão do fenómeno em causa.

2.2. Desenho da Investigação

2.2.1. Questão Inicial

No presente estudo partiu-se da seguinte questão inicial que foi a base estruturadora do desenho de investigação: *Quais as características de comportamento alimentar e imagem corporal que estão presentes na população de jovens adultos com diabetes? Estarão estas características associadas a um maior risco de comportamentos alimentares perturbados comparativamente aos seus pares não diabéticos?*

2.2.2. Mapa Conceptual

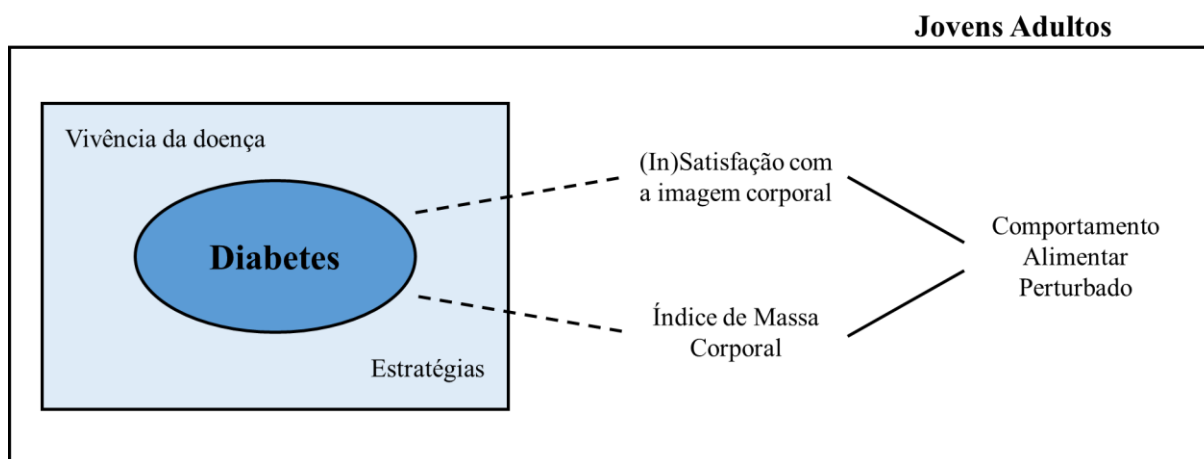


Figura 1. Mapa conceptual do estudo

O mapa conceptual (Figura 1) representa graficamente os principais construtos estudados nesta investigação, relacionando o estudo quantitativo e o estudo qualitativo realizados. No estudo quantitativo é apresentada a interligação entre a amostra (jovens adultos diabéticos e não diabéticos) e o tema que o estudo pretende avaliar (comportamento alimentar perturbado), tendo em conta outras duas variáveis: a (in)satisfação com a imagem corporal e o índice de massa corporal. No estudo qualitativo foi analisado um grupo específico da população jovem adulta (jovens adultos com diabetes) relativamente às características de comportamento alimentar e imagem corporal presentes nesta população, tendo em conta a vivência da doença e as estratégias para atingir a imagem corporal que cada participante considera ideal.

2.2.3. Objetivos

Para a primeira parte do presente estudo, de carácter quantitativo, definiram-se os seguintes objetivos:

- (1) caracterizar os jovens adultos com diabetes quanto ao IMC, (in)satisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares perturbados (preocupação com o peso, com a forma e com a comida e restrição);

(2) analisar as diferenças entre jovens adultos com diabetes e os seus pares não diabéticos (grupo de controlo) quanto ao IMC, (in)satisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares perturbados (preocupação com o peso, com a forma e com a comida e restrição);

(3) avaliar possíveis variáveis preditoras (sexo, IMC, insatisfação com a imagem corporal) de comportamentos alimentares perturbados em ambos os grupos de estudo.

Para a segunda parte do estudo, de carácter qualitativo e exploratório, foram formulados os seguintes objetivos:

(1) investigar as consequências da diabetes na alimentação e na (in)satisfação com a imagem corporal dos participantes com diabetes, nomeadamente, a percepção de cada participante sobre os cuidados que tem com a alimentação, a imagem corporal e o peso comparativamente aos seus pares não diabéticos, e a percepção da influência da insulina no peso;

(2) determinar as estratégias utilizadas pelos os jovens com diabetes para atingir a imagem corporal que consideram ideal;

(3) avaliar o comportamento deliberado de omissão de insulina, tendo em conta a) os motivos, b) a consciência das consequências desse comportamento, c) as reações dos outros a esse comportamento e d) o apoio recebido;

(4) analisar a relação entre o comportamento alimentar e a insatisfação corporal (avaliado na primeira parte do estudo) e as cognições subjacentes aos possíveis comportamentos restritivos apresentados por jovens diabéticos.

2.2.4. Hipóteses do Estudo

Tendo em conta a revisão de literatura revelante para a presente investigação, na primeira parte do presente estudo de carácter quantitativo, espera-se:

(1) um maior IMC em indivíduos com diabetes;

(2) uma maior insatisfação corporal em indivíduos com diabetes;

(3) uma maior frequência de comportamentos, atitudes e sentimentos relacionados com perturbações alimentares em indivíduos com diabetes;

(4) maior frequência de comportamentos, atitudes e sentimentos relacionados com perturbações alimentares, e maior insatisfação corporal em indivíduos do sexo feminino;

(5) maior frequência de comportamentos, atitudes e sentimentos relacionados com perturbações alimentares, e maior insatisfação corporal em indivíduos mais jovens.

2.3. Caracterização da Amostra

Participaram na investigação 128 jovens adultos de ambos os sexos: 55 com diabetes tipo 1 (18 do sexo masculino e 37 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 24,78$ e $DP = 4,18$), e 73 não diabéticos (11 do sexo masculino e 62 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 22,67$ e $DP = 3,11$).

Do número total dos participantes, 50,8% ($n = 65$) são estudantes e 49,2% ($n = 63$) têm outras profissões. Relativamente às habilitações académicas, 41,4% ($n = 53$) dos participantes têm uma Licenciatura, 25,8% ($n = 33$) têm frequência do Ensino Superior, 16,4% ($n = 21$) estudaram até ao 12º ano, 14,1% ($n = 18$) têm Mestrado ou Doutoramento e 2,3% ($n = 3$) estudaram até ao 9º ano.

Em relação ao nível socioeconómico, 39,4% ($n = 50$) dos participantes são de nível socioeconómico médio e alto, 34,6% ($n = 44$) são de nível socioeconómico baixo e 26% ($n = 33$) dos participantes são de nível socioeconómico médio.

No que se refere à situação familiar, 66,9% ($n = 85$) dos participantes vivem com a família nuclear intacta (com pais e irmãos), 17,3% ($n = 22$) vivem com o/a namorado(a) ou cônjuge (com ou sem filhos) e 15,7% ($n = 20$) estão noutras situações (p.e., vivem com colegas ou amigos, sozinhos, com família nuclear reconstituída).

2.4. Medidas

2.4.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico permitiu recolher dados pessoais dos participantes, como idade, sexo, nacionalidade, habilitações académicas, profissão, habilitações académicas e profissão dos pais, situação familiar, problemas de saúde (e.g., diabetes), dados de acompanhamento psicológico, peso e altura.

2.4.2. *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q, Fairburn & Beglin, 1994)

No presente estudo foi utilizada a versão portuguesa da 5ª versão do EDE-Q (Machado, 2007), quer a versão masculina como a versão feminina do instrumento. O EDE-Q é uma medida de autorrelato com 28 itens que pretende avaliar a frequência de comportamentos e atitudes relacionados com perturbações alimentares nos últimos 28 dias. Os resultados do EDE-Q fornecem um *score* global de perturbação alimentar que resulta da média das suas quatro subescalas: restrição, preocupações com a comida, preocupações com a forma e preocupações com o peso (Fairburn & Begin, 1994; Machado et al., 2014).

O estudo das propriedades psicométricas e das normas do EDE-Q para a população portuguesa (Machado et al., 2014) revelou um bom poder de discriminação entre indivíduos com e sem perturbações alimentares e uma boa consistência interna das quatro subescalas do instrumento (estudantes do ensino médio $\alpha = .72$ a $\alpha = .90$; estudantes do ensino universitário $\alpha = .84$ a $\alpha = .93$) e do *Score* global (estudantes do ensino médio $\alpha = .94$; estudantes do ensino universitário $\alpha = .97$). No presente estudo, a escala apresentou níveis de consistência interna aproximados: *Score* global $\alpha = .95$; Preocupação com a forma $\alpha = .92$; Preocupação com o peso $\alpha = .80$; Restrição $\alpha = .84$; e Preocupação com a comida $\alpha = .82$.

2.4.3. *Contour Drawing Rating Scale* (CDRS, Thompson & Gray, 1995)

No presente estudo foi utilizada a versão portuguesa da CDRS (Francisco et al., 2012), nas suas versões masculina e feminina. A CDRS apresenta uma sequência de nove desenhos de silhuetas frontais, desde a menos volumosa para a mais volumosa, nas quais são definidas as características do corpo e da face (Thompson & Gray, 1995). Cada participante selecionou primeiro a figura que corresponde à sua imagem corporal atual (“A figura que mais se identifica com a minha aparência atual tem o número ____”) e, de seguida, a figura que corresponde à sua imagem corporal ideal (“A figura que mais se identifica com o que considero ser a aparência ideal tem o número ____”).

A CDRS permite obter um indicador do nível de insatisfação com a imagem corporal, através do cálculo da discrepância entre as duas respostas dadas pelo participante. Caso não exista discrepância entre a imagem corporal atual e ideal, o resultado da CDRS sugere uma satisfação com a imagem corporal. Pelo contrário, a existência de uma discrepância indica insatisfação com a imagem corporal, sendo que quanto maior a discrepância maior a insatisfação corporal. Os valores negativos sugerem insatisfação corporal com o desejo de uma imagem corporal menos volumosa e os valores positivos indicam insatisfação corporal com o desejo de uma imagem corporal mais volumosa (Francisco, 2010; Francisco et al., 2012).

O estudo de validação da CDRS para a população Portuguesa (Francisco et al., 2012) apresentou bons resultados psicométricos ao nível da estabilidade temporal ($r = .91, p < .01$) e da validade convergente (com o IMC $r = -.52, p < .01$; e com o EDE-Q $r = -.53, p < .01$), que suportam a utilização da CDRS como medida de perceção e satisfação com a imagem corporal.

2.4.4. Questionário “*Experiência Pessoal relativa à Alimentação e Imagem Corporal*”

Ao grupo de participantes com diabetes tipo 1 foi ainda solicitado que respondessem a um questionário, desenvolvido especificamente para esta investigação, intitulado “*Experiência pessoal relativa à alimentação e imagem corporal*”.

O questionário é constituído por 20 questões abertas e fechadas, das quais algumas foram respondidas em escala de tipo *Likert* de 3 pontos (*Não a Muito*) e 4 pontos (*Não preocupa nada a Preocupa muito*). Algumas questões foram construídas com o objetivo de explorar as consequências da diabetes na alimentação e na satisfação com a imagem corporal dos pacientes, mais especificamente, foram elaboradas questões relativas à percepção que o indivíduo com diabetes tem dos cuidados com a alimentação (e.g., “De que modo as questões relacionadas com a alimentação condicionam o seu dia-a-dia?”), com a imagem corporal (e.g., “Que estratégias utiliza no seu dia-a-dia para atingir a imagem corporal que considera ideal para si?”) e com o peso (e.g., “Desde que é diabético(a), considera que tem maior dificuldade em perder peso?”). Também foi avaliada a percepção da influência da insulina no peso.

Por fim, as restantes questões foram elaboradas relativamente ao comportamento deliberado de omissão de insulina, nomeadamente, os motivos, a duração, a reação dos outros (e.g., “Após quanto tempo os médicos ou a sua família se aperceberam que não tomava insulina?”), a consciência das consequências desse comportamento e o apoio recebido (“Por quem e de que forma foi apoiado para lidar com essa situação?”).

2.4.5. Índice de Massa Corporal (IMC)

O IMC é uma medida que indica o estado nutricional do indivíduo e é calculada dividindo o peso da pessoa em quilos pela sua altura em metros quadrados (kg/m²). As classes de IMC incluem baixo peso ($\leq 18,5$), peso normal (18,5-24,9), pré-obesidade (25-30) e obesidade (>30) que pode ser classificada em três subclasses (WHO, n.d.). Na presente investigação, o IMC foi obtido com base no peso e altura referidos pelos participantes no questionário sociodemográfico.

2.5. Procedimento de Recolha dos Dados

Como método de recolha de dados optou-se por utilizar instrumentos de autorrelato porque permitem, por um lado, ter acesso às opiniões e percepções dos participantes e, por outro lado, fornecem informação demográfica autorrelatada. Os questionários utilizados neste estudo incluíram itens de resposta fechada, onde os participantes selecionam uma das respostas fornecidas pelo investigador, e itens de resposta aberta, onde os participantes respondem às questões com as suas próprias palavras (Christensen et al., 2011).

A recolha dos dados da amostra para o estudo decorreu de Dezembro de 2014 a Abril de 2015, através da plataforma Qualtrics onde o protocolo de investigação³ foi colocado online.

³ Vide Apêndice B.

Os participantes foram recrutados na internet através do método "bola de neve", sendo o link para participar divulgado nas redes sociais, nomeadamente em grupos de pessoas com diabetes e em associações de diabéticos. Através do link foi primeiro obtido o consentimento informado⁴ antes de cada participante avançar para o preenchimento dos questionários. Os participantes sem diabetes demoraram, em média, 10 minutos a preencher o protocolo de investigação, enquanto os participantes com diabetes demoraram, em média, 20 minutos.

2.6. Procedimento de Análise dos Dados

2.6.1. Análise dos Dados Quantitativos

Numa primeira fase, o tratamento estatístico dos dados sociodemográficos e dos dados procedentes das medidas quantitativas (IMC, EDE-Q e CDRS) foi realizado com recurso ao pacote estatístico SPSS (versão 22.0). As técnicas estatísticas utilizadas permitiram testar as hipóteses e fazer generalizações a partir dos dados (Hesse-Biber & Leavy, 2011).

Verificou-se inicialmente um número de participantes sem diabetes maior que o número de participantes com diabetes, pelo que, de forma a equilibrar o tamanho destas duas subamostras, foi realizada a sua estatística descritiva tendo em conta o sexo, a idade e o nível socioeconómico. Foram excluídos 29 participantes sem diabetes, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e 23 anos e de nível socioeconómico médio.

De seguida, analisaram-se as correlações entre as principais variáveis em estudo para a amostra global e, depois, em função do sexo e em função do grupo (diabéticos e não diabéticos), sendo que para as variáveis quantitativas utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson e para as variáveis pelo menos ordinais o coeficiente de correlação ordinal de Spearman (Coolican, 2009; Maroco, 2014).

Foi realizada a estatística descritiva da amostra, tendo em conta as variáveis consideradas relevantes, nomeadamente, o IMC, as subescalas do EDE-Q, o *score* global do EDE-Q e a insatisfação com a imagem corporal. Para verificar as diferenças médias dos resultados entre o grupo de diabéticos tipo 1 e não diabéticos utilizou-se o teste *t*-student (paramétrico). Optou-se por averiguar as diferenças médias dos resultados entre os participantes do sexo masculino e feminino através do teste Wilcoxon-Mann-Whitney (não paramétrico) devido à pequena dimensão de uma das subamostras (Coolican, 2009; Maroco, 2014). O teste Qui-quadrado foi utilizado para avaliar as diferenças no indicador clínico de

⁴ Vide Apêndice A.

perturbação alimentar. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças existentes quando o *p*-value do teste foi inferior a 0.05.

De modo a prever o risco de comportamentos alimentares perturbados (*Score* global do EDE-Q considerado como variável dependente) a partir de um conjunto de variáveis independentes (sexo, grupo, índice de massa corporal, insatisfação com a imagem corporal) utilizou-se o modelo de regressão linear tendo em conta os participantes com diabetes e os participantes sem diabetes, separadamente (Coolican, 2009; Maroco, 2014).

2.6.2. Análise dos Dados Qualitativos

Numa segunda fase, foi realizada a análise temática do questionário exploratório respondido pelos participantes com diabetes. A análise temática é um método de análise qualitativa que consiste num processo flexível e independente de qualquer teoria ou posição epistemológica (Boyatzis, 1998; Braun & Clarke, 2006). Permite organizar e descrever detalhadamente um conjunto de dados, o que possibilita a identificação, a análise e a descrição de padrões (temas) dentro desses dados (Braun & Clarke, 2006).

O investigador assume um papel central no processo da pesquisa qualitativa, nomeadamente, ao influenciar diretamente a interpretação dos dados (Coolican, 2009). Durante a análise temática o investigador deverá observar que algo importante está a ocorrer, classificar ou codificar esse padrão observado e, por fim, descrevê-lo. O padrão encontrado na informação constitui um tema que, no mínimo, descreve e organiza possíveis observações e, no máximo, interpreta aspetos do tópico de pesquisa (Boyatzis, 1998). Assim, o investigador deve primeiro familiarizar-se com os dados, de seguida gerar códigos iniciais, procurar temas, rever temas, definir e nomear temas e, por fim, produzir o relatório (Braun & Clarke, 2006), sendo que a recolha e a codificação dos dados é um processo iterativo (Boyatzis, 1998).

Para a realização da análise dos dados qualitativos foram excluídos dois participantes da subamostra de diabéticos utilizada na análise de dados quantitativos por não terem respondido às questões abertas do questionário exploratório.

Cada um dos questionários recolhidos foi codificado através do software QSR NVivo10, que permite transformar os dados brutos do texto de forma a atingir uma representação do seu conteúdo. Neste sentido, os elementos do texto com características comuns (unidades de significado) foram organizados em categorias, sendo que o processo de categorização seguiu um critério semântico, através do qual foram criadas categorias tendo em conta o seu conteúdo manifesto (Bardin, 1977/2009; Braun & Clarke, 2006).

A categorização dos dados foi realizada através da abdução, um processo de inferência que envolve a dedução e a indução, que permite explicações plausíveis e reconceptualizações que vão além da interpretação imediata dos dados e da teoria existente (Daly, 2007). Enquanto o processo dedutivo (“top down”) testa a teoria ou uma hipótese em relação aos dados, o processo indutivo (“bottom up”) gera teoria diretamente dos dados (Boyatzis, 1998; Hesse-Biber & Leavy, 2011).

Iniciou-se assim a categorização dos dados através do processo dedutivo, orientado pela literatura já existente, onde foram definidas a priori algumas categorias e subcategorias com base nos objetivos e nas questões de investigação deste estudo, nomeadamente, tendo em conta o questionário exploratório. Deste processo resultaram as seguintes categorias:

Quadro 1.

Categorias definidas a priori

Categorias	Subcategorias
Mudanças sentidas	Alimentação Imagem corporal
Estratégias	—
Fatores de influência	Alimentação Peso
Influência da insulina	Engorda Não engorda
Reação dos outros à omissão de insulina	—
Consequências da omissão de insulina	Curto prazo Longo Prazo
Motivos para ignorar as consequências	—
Rede social	—

Durante a codificação de cada um dos questionários distribuíram-se os dados pelas categorias definidas a priori, contudo durante este processo houve a necessidade de criar novas categorias, principalmente subcategorias, modificar e eliminar algumas categorias já existentes, através de um processo indutivo. Através dos processos referidos anteriormente foi construída uma árvore de categorias final⁵. Os dados pessoais (sexo, idade, nacionalidade, habilitações académicas, profissão, nível socioeconómico, situação familiar, problemas de saúde), antropométricos (IMC) e dados obtidos com a aplicação do EDE-Q (risco de perturbação alimentar) e da CDRS (insatisfação com a imagem corporal) foram inseridos como atributos dos participantes e cruzados com determinadas categorias de análise dos questionários.

⁵ Vide Apêndice C.

3. RESULTADOS

3.1. Análise do Estudo Quantitativo

3.1.1. Índice de Massa Corporal (IMC)

De acordo com as classes de IMC consideradas pela WHO (n.d.), a maioria dos participantes ($n = 86$; 67,2%) apresentam peso normal, 24 participantes (18,8%) são pré-obesos, 10 participantes (7,8%) têm baixo peso e os restantes 8 participantes (6,3%) apresentam obesidade. A Figura 2 apresenta o IMC em função do grupo (diabéticos e não diabéticos) dos participantes.

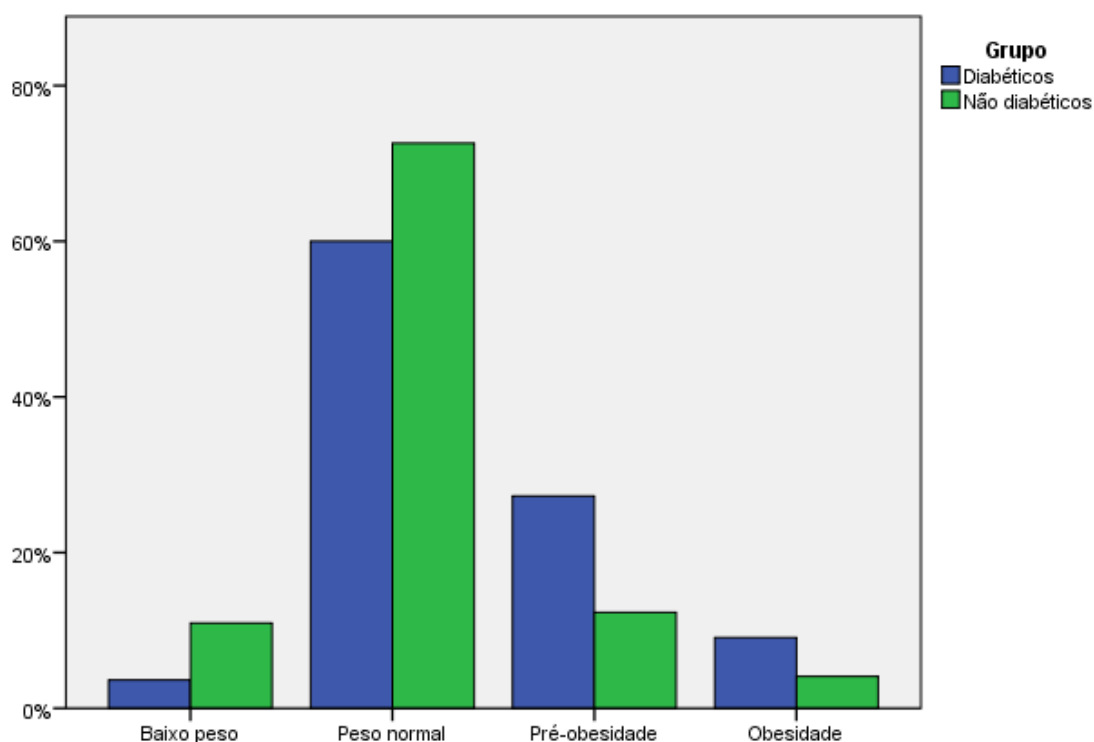


Figura 2. Índice de massa corporal em função do grupo de participantes

3.1.2. Insatisfação com a Imagem Corporal (IcIC)

De acordo com o grau de insatisfação com a imagem corporal (medida resultante da discrepância entre a imagem corporal ideal e atual), 89 participantes (70,6%) estão insatisfeitos com a sua imagem atual e têm o desejo de diminuir de peso (valores de discrepância entre a imagem corporal ideal e atual inferior a zero), 21 participantes (16,7%) estão satisfeitos com a sua imagem atual (valor de discrepância igual a zero) e os restantes 16 participantes (12,7%) estão insatisfeitos com a sua imagem atual e desejam aumentar de peso (valor de discrepância superior a zero). As Figuras 3 e 4 apresentam o índice de insatisfação com a imagem corporal em função do grupo (diabéticos e não diabéticos) e do sexo dos participantes, respetivamente.

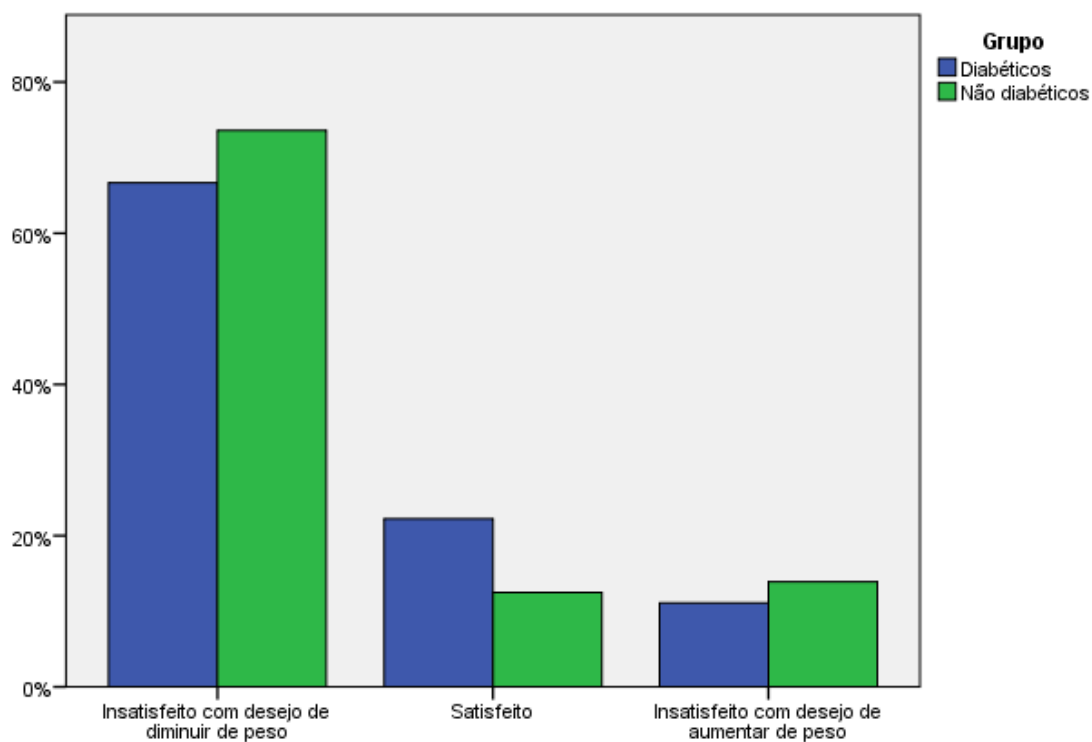


Figura 3. Índice de insatisfação com a imagem corporal em função do grupo de participantes

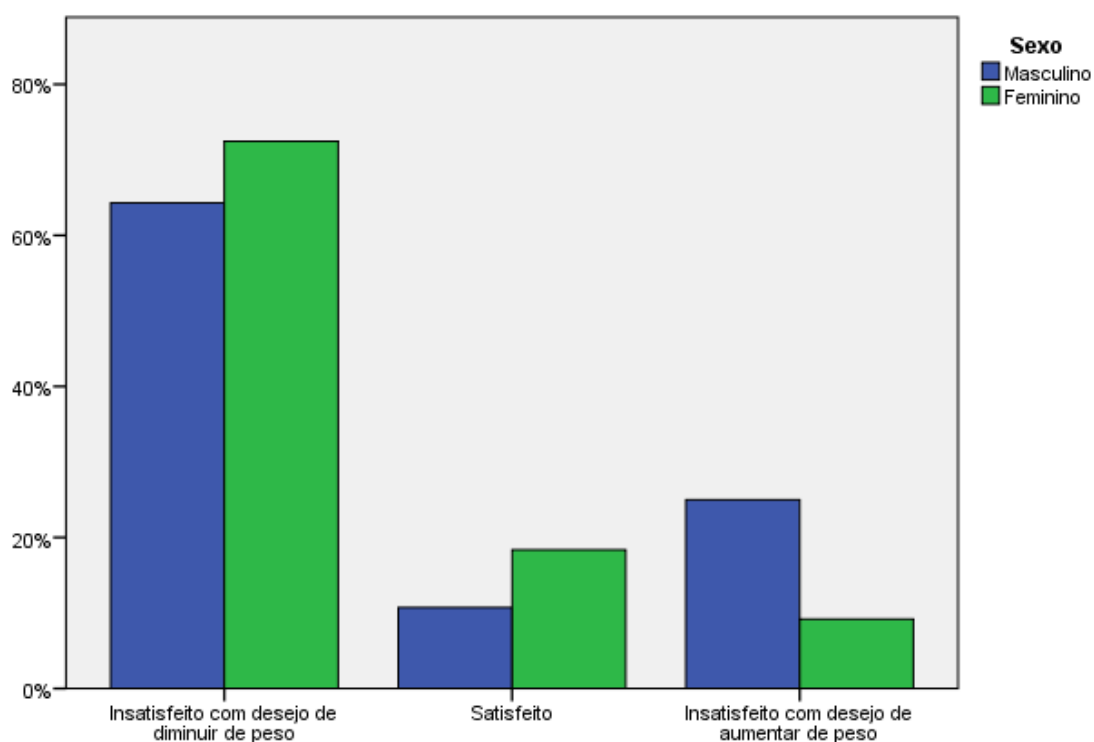


Figura 4. Índice de insatisfação com a imagem corporal em função do sexo dos participantes

3.1.3. Estatística Descritiva e Comparação das Médias

No Quadro 2 está apresentada a estatística descritiva das variáveis em estudo bem como a comparação das médias nos dois grupos estudados (diabéticos e não diabéticos). Os participantes diabéticos apresentam um IMC significativamente mais elevado comparativamente aos participantes sem diabetes. Não foram encontradas diferenças significativas em relação à insatisfação com a imagem corporal, ao *Score* global e às subescalas do EDE-Q.

Quadro 2.

Estatísticas descritivas e comparação das médias das principais variáveis em estudo em função do grupo de participantes (N = 128)

Variáveis	Amplitude	Diabéticos (n = 55)		Não diabéticos (n = 73)		t	p
		M	DP	M	DP		
IMC		24,13	3,90	22,03	3,48	3,199**	,002
P. Forma	1 – 6	1,73	1,82	2,02	1,54	-,979	,330
P. Peso	1 – 6	1,61	1,69	1,89	1,72	-,909	,365
Restrição	1 – 6	1,36	1,48	1,13	1,28	,945	,346
P. Comida	1 – 6	,62	1,06	,66	,98	-,212	,832
Score Global	1 – 6	1,37	1,37	1,48	1,23	-,489	,626
IcIC	-8 - 8	-1,11	1,57	-1,15	1,54	,149	,882

Nota. Os valores de *t* sinalizados a negrito são considerados significativos. IMC = índice de massa corporal; P. Forma = subescala EDE-Q preocupação com a forma; P. Peso = subescala EDE-Q preocupação com o peso; Restrição = subescala EDE-Q restrição; P. Comida = subescala EDE-Q preocupação com a comida; Score Global = score global EDE-Q; IcIC = insatisfação com a imagem corporal.

** $p < .01$.

A estatística descritiva das variáveis em estudo para ambos os sexos encontra-se no Quadro 3, bem como a comparação das médias entre os participantes do sexo masculino e feminino. Os participantes do sexo masculino apresentam um IMC significativamente mais elevado. As participantes do sexo feminino apresentam-se significativamente mais

preocupadas com a forma e com o peso, bem como mais insatisfeitas com a sua imagem corporal, desejando perder peso.

Quadro 3.

Estatísticas descritivas e comparação das médias das principais variáveis em estudo em função do sexo dos participantes (N = 128)

Variáveis	Amplitude	Masculino (n = 29)		Feminino (n = 99)		U	p
		M	DP	M	DP		
IMC		24,41	4,66	22,50	3,41	1086,500*	,047
P. Forma	1 - 6	1,41	1,58	2,04	1,67	1077,000*	,041
P. Peso	1 - 6	1,03	1,28	1,99	1,76	935,000**	,004
Restrição	1 - 6	1,28	1,45	1,21	1,35	1435,000	,998
P. Comida	1 - 6	,32	,45	,74	1,11	1186,000	,142
Score Global	1 - 6	1,06	1,03	1,55	1,34	1128,500	,080
IcIC	-8 - 8	-,68	1,44	-1,27	1,56	1040,500*	,047

Nota. Os valores de U sinalizados a negrito são considerados significativos. IMC = índice de massa corporal; P. Forma = subescala EDE-Q preocupação com a forma; P. Peso = subescala EDE-Q preocupação com o peso; Restrição = subescala EDE-Q restrição; P. Comida = subescala EDE-Q preocupação com a comida; Score Global = score global EDE-Q; IcIC = insatisfação com a imagem corporal.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

3.1.4. Correlações entre as Variáveis em Estudo

Através da análise das correlações entre as variáveis em estudo, cujos resultados estão apresentados no Quadro 4, verificou-se que na amostra global o IMC apresenta correlações fracas, mas ainda assim estatisticamente significativas, com o grupo, o sexo e a idade dos participantes. São os participantes diabéticos, os participantes do sexo masculino e os participantes com mais idade que apresentam valores de IMC mais elevados. A forte correlação entre o IMC e a insatisfação com a imagem corporal indica que valores mais elevados de IMC correspondem a uma maior insatisfação com a imagem corporal com o desejo de diminuir de peso (valores negativos de IcIC).

Quadro 4.

Correlações entre as variáveis em estudo ($N = 128$)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Sexo ^a	-									
2. Grupo ^b	,209*	-								
3. Idade	-,056	-,254**	-							
4. IMC	-,177*	-,296**	,208*	-						
5. P. Forma	,181*	,151	-,078	,409**	-					
6. P. Peso	,254**	,111	-,096	,468**	,886**	-				
7. Restrição	,000	-,058	,038	,319**	,575**	,515**	-			
8. P. Comida	,130	,012	-,146	,344**	,731**	,693**	,590**	-		
9. Score Global	,155	,082	-,077	,445**	,956**	,908**	,744**	,834**	-	
10. IcIC	-,178*	-,035	,012	-,616**	-,605**	-,602**	-,413**	-,442**	-,609**	-

Nota. As correlações sinalizadas a negrito são consideradas significativas. IMC = índice de massa corporal; P. Forma = subescala EDE-Q preocupação com a forma; P. Peso = subescala EDE-Q preocupação com o peso; Restrição = subescala EDE-Q restrição; P. Comida = subescala EDE-Q preocupação com a comida; Score Global = score global EDE-Q; IcIC = insatisfação com a imagem corporal.

^a Variável *Dummy* (0 para sexo masculino e 1 para sexo feminino). ^b Variável *Dummy* (0 para grupo com diabetes e 1 para grupo sem diabetes).

* $p < .05$. ** $p < .01$.

A insatisfação com a imagem corporal apresenta uma fraca correlação com o sexo, mas ainda assim significativa, o que reforça a ideia que as participantes do sexo feminino se encontram mais insatisfeitas desejando diminuir de peso e os participantes do sexo masculino apresentam-se mais insatisfeitos desejando aumentar de peso, como se pode observar na Figura 3.

Relativamente aos resultados do EDE-Q, a variável sexo apresenta fracas correlações com as subescalas preocupação com a forma e preocupação com o peso, indicando que as mulheres se preocupam mais com estas questões, como podemos verificar no Quadro 4. O *score* global do EDE-Q e as suas subescalas apresentam correlações estatisticamente significativas moderadas a fortes com o IMC e com a insatisfação com a imagem corporal, indicando que valores mais elevados de perturbação alimentar estão associados a um maior IMC e uma maior insatisfação com a imagem corporal com o desejo de diminuir de peso, respetivamente.

No Quadro 5 são apresentadas as correlações entre as variáveis em estudo em função do sexo dos participantes. Na subamostra dos participantes masculinos a insatisfação com a imagem corporal está fortemente correlacionada com a idade, indicando que são os homens mais velhos que apresentam uma maior insatisfação com a imagem corporal com o desejo de diminuir de peso.

Na subamostra dos participantes masculinos a idade apresenta uma forte correlação com o *score* global do EDE-Q e com 3 das suas subescalas (preocupação com a forma e com o peso e restrição), enquanto na subamostra dos participantes femininos a idade apresenta uma fraca correlação, mas ainda assim significativa, com o *score* global do EDE-Q e com 2 das suas subescalas (preocupação com a forma e com o peso). Estes resultados indicam que são os homens mais velhos e as mulheres mais novas quem apresentam valores mais elevados de perturbação alimentar.

Verificou-se ainda que nos participantes do sexo masculino, a subescala do EDE-Q restrição apresenta uma correlação moderada com o grupo, indicando que os homens com diabetes apresentam mais comportamentos alimentares restritivos.

No Quadro 6 são apresentadas as correlações entre as variáveis em estudo em função do grupo dos participantes. No grupo dos participantes não diabéticos, a variável sexo apresenta uma fraca correlação mas significativa com a subescala do EDE-Q restrição, indicando que são as mulheres não diabéticas que apresentam mais comportamentos restritivos. A idade apresenta uma fraca correlação com a subescala preocupação com a comida, o que indica que são os participantes mais novos que se apresentam mais preocupados com a alimentação.

No grupo dos participantes diabéticos, o IMC não apresenta correlações significativas com as subescalas do EDE-Q restrição e preocupação com a comida, ao contrário do esperado.

Quadro 5.

Correlações entre as variáveis em estudo em função do sexo dos participantes (N = 128)

Feminino									
Masculino	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Grupo^a	-	-,261**	-,238*	,115	,056	,061	-,053	,088	-,039
2. Idade	-,222	-	,018	-,236*	-,224*	-,154	-,180	-,230*	,184
3. IMC	-,391*	,548**	-	,411**	,539**	,259**	,462**	,463**	-,669**
4. P. Forma	,102	,434*	,609**	-	,884**	,649**	,771**	,962**	-,573**
5. P. Peso	,057	,471**	,660**	,911**	-	,562**	,707**	,905**	-,564**
6. Restrição	-,423*	,529**	,479**	,368*	,445*	-	,684**	,790**	-,395**
7 P. Comida	,131	,103	,238	,524**	,495**	,207	-	,867**	-,457**
8. Score Global	-,174	,529**	,668**	,937**	,929**	,648**	,572**	-	-,573**
9. IcIC	,095	-,589**	-,720**	-,688**	-,732**	-,510**	-,270	-,738**	-

Nota. As correlações sinalizadas a negrito são consideradas significativas. Na parte superior da tabela encontram-se os resultados dos participantes do sexo feminino (n = 99) e na parte inferior encontram-se os resultados dos participantes do sexo masculino (n = 29). IMC = índice de massa corporal; P. Forma = subescala EDE-Q preocupação com a forma; P. Peso = subescala EDE-Q preocupação com o peso; Restrição = subescala EDE-Q restrição; P. Comida = subescala EDE-Q preocupação com a comida; Score Global = score global EDE-Q; IcIC = insatisfação com a imagem corporal.

^a Variável *Dummy* (0 para grupo com diabetes e 1 para grupo sem diabetes).

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Quadro 6.

Correlações entre as variáveis em estudo em função do grupo de participantes (N = 128)

Não diabéticos									
Diabéticos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Sexo ^a	-	,007	-,021	,168	,205	,241*	,056	,213	-,231
2. Idade	-,028	-	,040	-,119	-,125	-,072	-,253*	-,149	,024
3. IMC	-,251	,233	-	,513**	,596**	,421**	,558**	,588**	-,696**
4. P. Forma	,130	-,003	,390**	-	,864**	,588**	,742**	,952**	-,502**
5. P. Peso	,265	-,031	,412**	,917**	-	,557**	,697**	,909**	-,480**
6. Restrição	-,203	,090	,194	,585*	,493**	-	,605**	,758**	-,388**
7 P. Comida	,217	-,051	,150	,723**	,692**	,582**	-	,842**	-,446**
8. Score Global	,068	,005	,355**	,962**	,912**	,743**	,825**	-	-,525**
9. IcIC	-,122	-,008	-,583**	-,726**	-,766**	-,448**	-,437**	-,710**	-

· *Nota.* As correlações sinalizadas a negrito são consideradas significativas. Na parte superior da tabela encontram-se os resultados dos participantes não diabéticos (n = 73) e na parte inferior encontram-se os resultados dos participantes diabéticos tipo 1 (n = 55). IMC = índice de massa corporal; P. Forma = subescala EDE-Q preocupação com a forma; P. Peso = subescala EDE-Q preocupação com o peso; Restrição = subescala EDE-Q restrição; P. Comida = subescala EDE-Q preocupação com a comida; Score Global = score global EDE-Q; IcIC = insatisfação com a imagem corporal.

^a Variável *Dummy* (0 para sexo masculino e 1 para sexo feminino).

* $p < .05$. ** $p < .01$.

3.1.5. Indicação Clínica de Perturbação Alimentar

Um resultado acima de 3,5 em qualquer uma das subescalas ou *score* global do EDE-Q é indicador de sintomatologia clínica significativa (Fairbun & Cooper, 1993; cit. por Francisco, 2010). Tendo como referência este ponto de corte, 33 participantes (25,8%) da amostra apresentam um risco de perturbação alimentar.

Ao analisar as subamostras de participantes diabéticos e participantes não diabéticos, verificou-se que 29,1% dos participantes com diabetes estão em risco de perturbação alimentar comparativamente a 23,3% dos participantes sem diabetes, no entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa ($\chi^2(1) = .552, p = .457$), indicando que não existe uma associação entre o grupo de participantes e o risco de perturbação alimentar. De igual modo, não se verificaram diferenças entre os valores médios do *score* global e das subescalas do EDE-Q entre diabéticos e não diabéticos (vide Quadro 2) nem correlações significativas entre o grupo (diabéticos e não diabéticos) e o *score* global do EDE-Q ou as suas subescalas (vide Quadro 4).

Relativamente às diferenças de género, 24,1% dos participantes do sexo masculino e 26,3% dos participantes do sexo feminino apresentam sintomatologia clínica significativa.

3.1.6. Preditores dos Comportamentos Alimentares Perturbados

De modo a avaliar melhor quais as variáveis em estudo (sexo, IMC e insatisfação com a imagem corporal) que predizem os comportamentos alimentares perturbados foi realizada uma análise de regressão linear, separando os participantes diabéticos dos não diabéticos. Os resultados que estão sumarizados no Quadro 7 mostram que, no grupo dos participantes com diabetes, apenas a insatisfação com a imagem corporal se revelou um preditor significativo de comportamentos alimentares perturbados. Este modelo explica 51% da variância dos comportamentos alimentares perturbados entre os participantes diabéticos, para o qual contribuem valores negativos de $IcIC$ ($\beta = -.751, p < .001$). No grupo dos participantes sem diabetes, foi o IMC que se revelou um preditor significativo de comportamentos alimentares perturbados. O modelo explica 39,4% da variância dos comportamentos alimentares perturbados entre os participantes sem diabetes, para o qual contribuem elevados valores de IMC ($\beta = .487, p < .01$).

Quadro 7.

Sumário da análise da regressão linear para as variáveis preditoras de comportamentos alimentares perturbados (score global EDE-Q) em diabéticos ($n = 55$) e não diabéticos ($n = 73$)

Variáveis	Diabéticos			Não diabéticos		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Sexo ^a	,075	,326	,026	,520	,338	,153
IMC	-,027	,047	-,076	,174	,049	,487**
IcIC	-,658	,115	-,751***	-,125	,110	-,157
R ²		,510			,394	
F		17,343***			14,744***	

Nota. Os valores sinalizados a negrito são considerados significativos. IMC = índice de massa corporal; IcIC = insatisfação com a imagem corporal.

^a Variável *Dummy* (0 para sexo masculino e 1 para sexo feminino).

** $p < .01$. *** $p < .001$.

3.2. Análise do Estudo Qualitativo

Da análise temática das respostas aos questionários resultaram 43 categorias interrelacionadas e organizadas num sistema hierárquico⁶ com sete categorias principais: *mudanças decorrentes da diabetes, estratégias, percepção da influência da insulina, reação dos outros à omissão de insulina, consequências da omissão de insulina, motivos para ignorar as consequências e rede social*.

3.2.1. Mudanças Decorrentes da Diabetes

A categoria *Mudanças decorrentes da diabetes* engloba as mudanças sentidas pelos participantes desde que foram diagnosticados com diabetes, tendo em conta três aspetos: alimentação, imagem corporal e peso. Neste sentido foram encontradas as seguintes subcategorias: *Alimentação* (53,3% das referências nesta categoria), *Imagem corporal* (9,2%), *Peso* (10,5%), *Ausência de mudança na alimentação* (5,9%) e *Ausência de mudança na imagem corporal* (21,1%), como pode ser observado na Figura 5.

⁶ Vide Apêndice C.

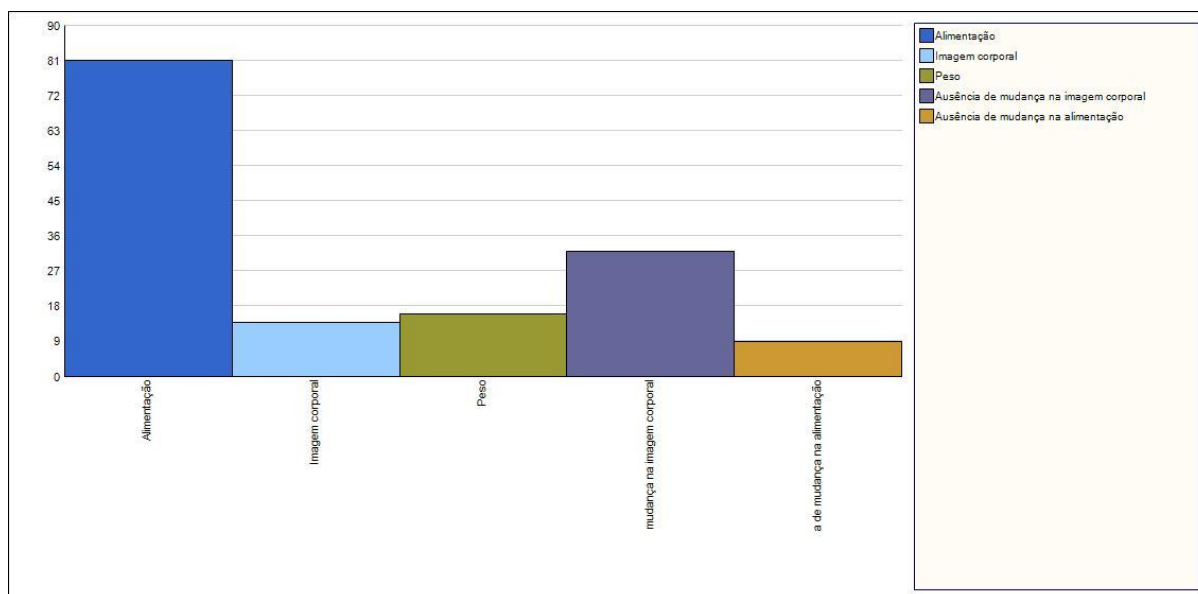


Figura 5. Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias da categoria Mudanças decorrentes da diabetes

Alimentação

No que diz respeito às mudanças a nível alimentar, a maioria dos participantes considera que tem maior cuidado com a alimentação (47,2% dos participantes referem ter um pouco de cuidado e 37,7% muito cuidado) e apenas 8 participantes (15,1%) não consideram ter um maior cuidado com a sua alimentação pelo facto de serem diabéticos. Como podemos ver na Figura 5, apenas surgiram 9 referências na subcategoria *Ausência de mudanças na alimentação*.

“(...) como o mesmo que as pessoas sem diabetes, tenho as mesmas rotinas.”

(Sexo masculino, 19 anos, técnico de informática, diagnosticado aos 15 anos)

“(...) a alimentação é a base de uma vida saudável. Não deve haver restrições, mas sim cautela e evitar abusos. Este conceito é válido para todos, diabéticos ou não.” (Sexo feminino, 28 anos, fisioterapeuta, diagnosticada aos 24 anos)

Relativamente às mudanças alimentares decorrentes da diabetes (subcategoria *Alimentação*) os participantes referiram frequentemente ter um *Maior cuidado em geral para controlar a diabetes e prevenir complicações futuras* (22,7% das referências nesta subcategoria).

“(...) acabo por ter mais atenção ao que como para que consiga manter os níveis de glicémia controlados.” (Sexo masculino, 29 anos, estudante, diagnosticado aos 10 anos)

“(...) penso ser importante ter um maior controlo de todos os alimentos que gerimos, principalmente tendo diabetes, de forma a prevenir certas

complicações futuras.” (Sexo masculino, 20 anos, estudante, diagnosticado aos 10 anos)

A maioria das referências da subcategoria *Alimentação* dizem respeito à escolha do tipo de alimentação, nomeadamente, foram referidas algumas *Restrições alimentares* (8,2%), a opção por uma *Alimentação mais saudável e equilibrada* (7,2%), as dificuldades sentidas nas *Refeições fora de casa* (6,2%) e a necessidade de fazer uma *Alimentação polifracionada* (3,1%).

“Evito o consumo de açúcares puros em determinados momentos do quotidiano, por exemplo tomar café sem açúcar.” (Sexo masculino, 30 anos, enfermeiro, diagnosticado aos 30 anos)

“Faço uma alimentação mais regrada, com mais ingestão de alimentos ditos saudáveis (peixe, leguminosas, vegetais) e menos fast food, menos alimentos processados e menos fritos.” (Sexo feminino, 27 anos, enfermeira, diagnosticada aos 16 anos)

“(…) quando não conheço a composição nutricional de determinado alimento/refeição (nomeadamente em restaurantes ou quando faço refeições "fora" ou refeições não planeadas) torna-se mais difícil controlar a glicémia.” (Sexo feminino, 27 anos, enfermeira, diagnosticada aos 16 anos)

“(…) levar a sério as regras de realizar muitas refeições com pouca quantidade de comida (…)” (Sexo feminino, 30 anos, fisioterapeuta, diagnosticada aos 12 anos)

A necessidade de controlar a dose de insulina em relação à comida que se ingere foi outra mudança apontada pelos participantes, nomeadamente, a necessidade de fazer *Contagem de hidratos carbono* (12,3%). As consequências na alimentação de uma possível alteração dos valores da glicémia surge também como outra mudança sentida, nomeadamente, as consequências que as *Hipoglicemias* (3,1%) têm na alimentação.

“Verificar quantos hidratos de carbono tem cada alimento que vou ingerir, ter em atenção quanto como para depois administrar as doses de insulina corretas para obter uma estabilidade ótima da glicémia pós-prandial.” (Sexo feminino, 22 anos, estudante, diagnosticada aos 13 anos)

“(…) não gosto do facto que ter de ingerir açúcar sem ter a intenção de o fazer quando tenho hipoglicemias.” (Sexo feminino, 18 anos, estudante, diagnosticada aos 13 anos)

Devido à necessidade de controlar os valores de glicemia e a alimentação, os participantes referem que a alimentação tem algum impacto nos seus *Horários* (9,3%), no *Emprego* (4,1%) e nos *Convívios sociais* (4,1%).

“A gestão alimentar e de horários leva-me a ter que planear o dia com mais cuidado.” (Sexo masculino, 29 anos, estudante, diagnosticado aos 10 anos).

“Quando estava a trabalhar a gestão era sempre mais complicada, pois tinha de trabalhar e não podia "estar sempre em cima" da minha glicemia.” (Sexo feminino, 23 anos, desempregada, diagnosticada aos 19 anos)

“Evito determinados momentos de convívio em determinados locais, o que provoca alterações a nível social.” (Sexo masculino, 30 anos, enfermeiro, diagnosticado aos 30 anos)

Alguns participantes referiram ter um *maior cuidado com a alimentação* por razões específicas, nomeadamente, *para não engordar* (3,1%) e *para evitar a insulina* (2,1%).

“[Maior cuidado na alimentação] porque não quero ficar gorda, já que tenho que me alimentar de três em três horas.” (Sexo feminino, 25 anos, empregada de confeitaria, diagnosticada aos 24 anos)

“(...) tento ter uma alimentação equilibrada e saudável não só para evitar fazer insulina desnecessariamente (...).” (Sexo feminino, 26 anos, estudante, diagnosticada aos 25 anos)

A nível cognitivo foi referido por alguns participantes uma *Maior consciência e controlo da alimentação* (10,3%) e uma *Preocupação recorrente com a alimentação* (2,1%).

“ (...) tenho mais controlo porque penso e estou mais consciente relativamente ao que como e não como, sobre o que é bom ou mau comer em maior e menor quantidade (...)” (Sexo feminino, 18 anos, estudante, diagnosticada aos 13 anos)

“(...) deixei de ser acompanhada por uma nutricionista e vivo preocupada com aquilo que como e com aquilo que gosto de comer e não posso (...).” (Sexo feminino, 22 anos, estudante, diagnosticada aos 19 anos)

Imagem corporal

Relativamente às mudanças ao nível da imagem corporal, a maioria dos participantes considera que não tem maior cuidado com a sua imagem corporal enquanto diabéticos (73,6% dos participantes) e apenas 14 participantes consideram que têm um maior cuidado (13,2% referem ter

um pouco de cuidado e 13,2% muito cuidado), resultados que estão de acordo com a Figura 5 onde se verifica um maior número de referências codificada na subcategoria *Ausência de mudanças na alimentação* comparativamente à subcategoria *Imagem corporal*.

No que diz respeito às mudanças sentidas na *Imagem corporal* os participantes consideram a alimentação que têm como diabéticos um fator que, por um lado, ajuda no cuidado da imagem corporal mas, por outro lado, também pode surgir como uma dificuldade para atingir a imagem corporal ideal.

“(...) tenho uma alimentação saudável e pratico desporto para manter bons níveis de glicémia, o que afeta igualmente a imagem corporal.” (Sexo feminino, 18 anos, estudante, diagnosticada aos 13 anos)

“(...) para muitas pessoas que não têm diabetes não há tanta preocupação da alimentação... e daí não terem tanta atenção na sua imagem corporal”. (Sexo feminino, 23 anos, caixa, diagnosticada aos 10 anos)

“Por vezes nem sempre é fácil atingir uma imagem corporal standard uma vez que fazer dietas nem sempre é fácil numa pessoa com diabetes.” (Sexo feminino, 22 anos, estudante, diagnosticada aos 13 anos)

Relativamente à *Ausência de mudanças na imagem corporal*, a maioria dos participantes considera que ser diabético não é um fator que influencia a imagem corporal. É referido pelos participantes que qualquer pessoa deve ter cuidado com a sua imagem corporal, independentemente de ter ou não diabetes.

“Penso que tenho igual cuidado [com a imagem corporal]. A diabetes não me torna diferente dos outros.” (Sexo masculino, 20 anos, estudante, diagnosticado aos 11 anos)

“O cuidado com a imagem corporal não é diferente de uma pessoa com diabetes em relação a uma pessoa que não tenha diabetes. Ambas necessitam de exercício físico para ter uma imagem corporal mais cuidada.” (Sexo masculino, 29 anos, desempregado, diagnosticado aos 7 anos)

Peso

Em relação às mudanças ao nível do peso, 19 participantes referem ter uma maior dificuldade em perder peso desde que foram diagnosticado com diabetes (35,8% dos participantes) enquanto os restantes 35 participantes referem não ter qualquer dificuldade (64,2%). Dos participantes que apresentam uma maior dificuldade na perda de peso, 52,6% preocupam-se um pouco com essa situação, 31,6% preocupam-se e 16,8% preocupam-se muito.

Nesta subcategoria a maioria das referências dizem respeito às dificuldades dos participantes em perder peso enquanto diabéticos, nomeadamente, devido à alimentação e a facilidade de engordar que alguns participantes sentiram desde que foram diagnosticados.

“Por vezes torna-se excessiva a comida que como, mas é necessária para conseguir estar com valores controlados.” (Sexo feminino, 22 anos, estudante, diagnosticada aos 13 anos)

“ (...) não quero ficar gorda, já que tenho que me alimentar de três em três horas.” (Sexo feminino, 25 anos, empregada de confeitaria, diagnosticada aos 24 anos)

“Porque engordo mais facilmente (...) não gosto de me sentir inchada.” (Sexo feminino, 30 anos, bancária, diagnosticada aos 30 anos)

Nesta subcategoria também estão incluídas algumas referências feitas pelos participantes relativamente às consequências que as questões relacionadas com o peso têm na sua vida, nomeadamente, a nível psicológico, físico e interpessoal.

“Baixa autoestima.” (Sexo feminino, 29 anos, bióloga, diagnosticada aos 26 anos)

“[As questões relacionadas com o peso] fazem parte do meu dia-a-dia, porque me quero sentir bem comigo própria física e psicologicamente.” (Sexo feminino, 18 anos, estudante, diagnosticada aos 13 anos)

“[As questões relacionadas com o peso] atrapalha-me em tudo. Principalmente no convívio social.” (Sexo feminino, 24 anos, gerente administrativa, diagnosticada aos 11 anos)

3.2.2. Estratégias

A categoria *Estratégias* diz respeito às estratégias que o participante utiliza no seu dia-a-dia para atingir a imagem corporal que considera ideal para si, foi referido o *Exercício físico* (51,5% das referências desta categoria), a *Alimentação* (42,6%), a *Omissão de insulina* (1,5%) e *Outras estratégias* (4,4%), como pode ser observado na Figura 6.

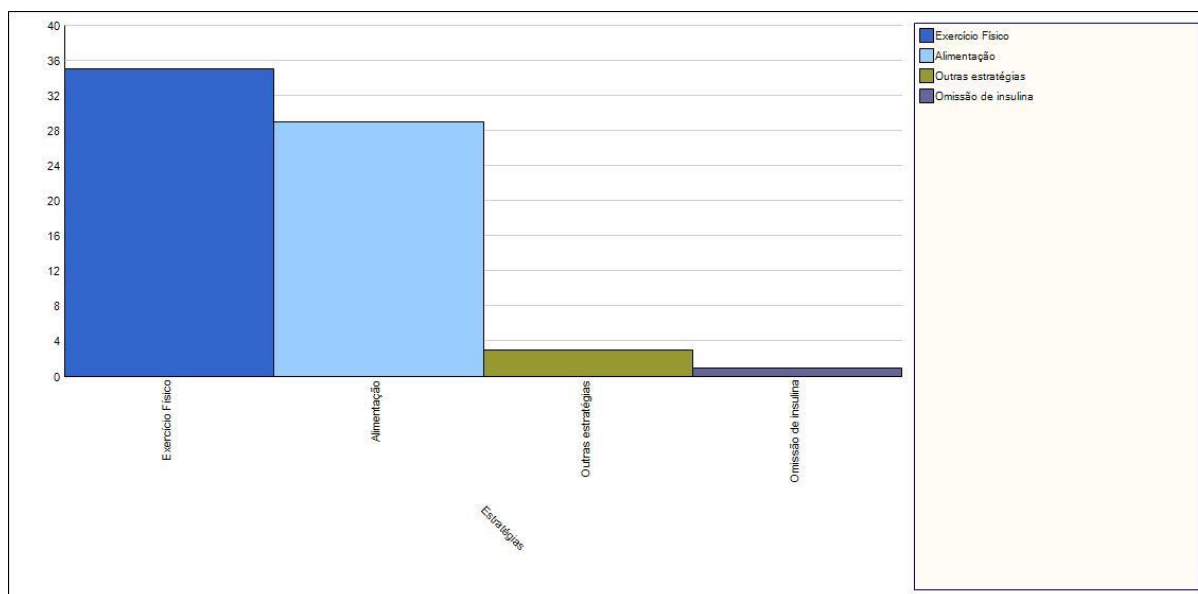


Figura 6. Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias da categoria Estratégias

Exercício físico

Esta subcategoria reuniu mais de metade das respostas dos participantes e refere-se à prática de exercício físico como estratégia para atingir a imagem corporal ideal.

As respostas dos participantes referem frequentemente a caminhada, a corrida e os treinos físicos.

“(...) penso que o exercício físico seria essencial para atingir uma imagem corporal que considero ser a ideal.” (Sexo feminino, 27 anos, enfermeira, diagnosticada aos 16 anos).

“Faço desporto 6 vezes por semana: musculação, corrida e caminhadas.”
(Sexo feminino, 18 anos, estudante, diagnosticada aos 13 anos)

Alimentação

A utilização da *Alimentação* para atingir a imagem corporal ideal surge como uma estratégia relatada frequentemente pelos participantes que, na sua maioria, está relacionada com uma alimentação saudável e polifracionada. Alguns participantes referem o recurso à dieta e algumas restrições alimentares, nomeadamente, é relatada a diminuição do consumo de hidratos de carbono.

“(...) comer variadas vezes pouca quantidade, comida saudável e variada, beber mais de um litro e meio de água.” (Sexo feminino, 30 anos, fisioterapeuta, diagnosticada aos 12 anos)

“(...) comer menos hidratos de carbono, não comer alimentos muito calóricos como alimentos fritos ou com açúcar.” (Sexo feminino, 19 anos, estudante, diagnosticada aos 7 anos)

Omissão de insulina

Apenas com uma referência (*vide* Figura 6), esta subcategoria surge devido à sua importância para este estudo exploratório, relacionando assim a omissão de insulina com o objetivo de controlar o peso. Esta estratégia surge neste caso como um comportamento compensatório quando o participante ingere hidratos de carbono, tipo de alimento que não consome para conseguir atingir a sua imagem corporal ideal.

“Não como carboidratos, ou quando como não utilizo a insulina.” (Sexo feminino, 24 anos, gerente administrativa, diagnosticada aos 11 anos)

Outras estratégias

Esta subcategoria engloba estratégias para atingir a imagem corporal ideal que não se incluem em nenhuma das subcategorias anteriores, nomeadamente, cuidados básicos de higiene, descansar o número de horas necessárias e evitar as hipoglicemias.

“Tento na medida do possível evitar sempre hipoglicemias (...) a tendência e necessidade de açúcar e hidratos de carbono leva a uma ingestão exagerada dos mesmos momentaneamente para o tratamento da hipoglicemia (...).” (Sexo feminino, 23 anos, desempregada, diagnosticada aos 19 anos)

3.2.3. Perceção da Influência da Insulina

A categoria *Perceção da influência da insulina* diz respeito às percepções dos participantes relativamente à influência da insulina no peso corporal. A maioria dos participantes considera que a insulina não engorda (67,9% dos participantes) e os restantes 17 participantes (32,1%) consideram que a insulina engorda. No entanto, quando foi solicitado que justificassem a sua escolha surgiu outra percepção sobre a influência da insulina, pelo que foram identificadas três subcategorias: *Engorda*, *Não engorda* e *Dificulta a perda de peso*, como se pode observar na Figura 7 onde é apresentada a distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias.

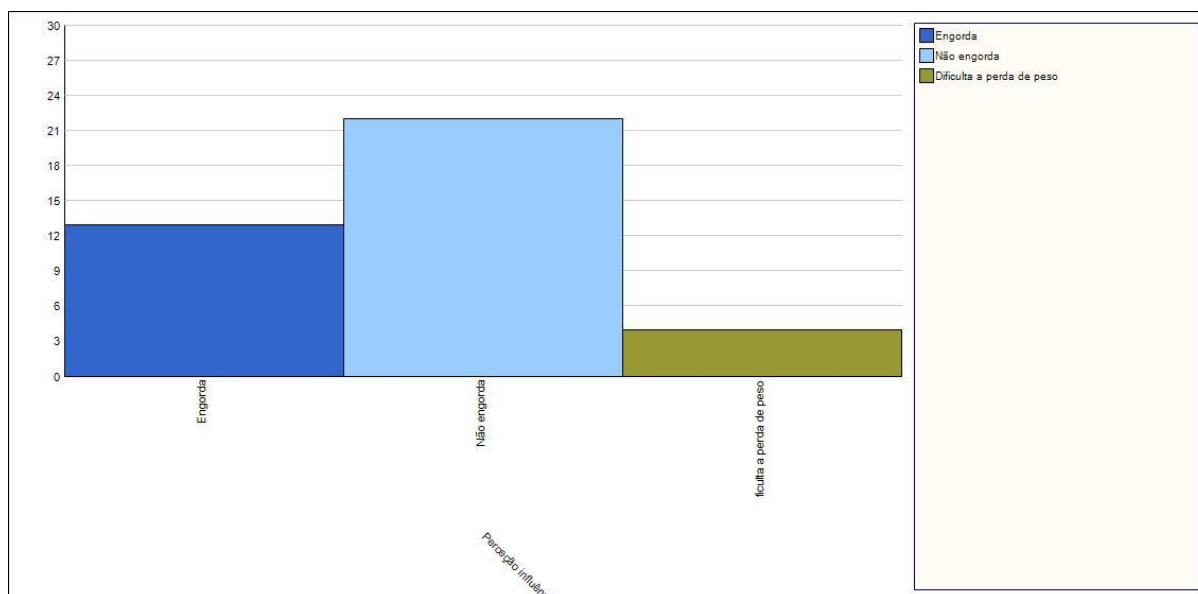


Figura 7. Distribuição do número de referências codificadas pelas subcategorias da categoria Percepção da influência da insulina

Não engorda

Esta subcategoria reuniu mais de metade das referências feitas pelos participantes (56,4% das referências na categoria) e refere-se à percepção de que a insulina não tem influência sobre o peso da pessoa. A grande maioria das respostas contempla a própria experiência do participante que nunca notou qualquer alteração no seu peso desde que é diabético. É referido pelos participantes frequentemente que a quantidade de comida ingerida é o fator que determina o peso.

“Não tenho notado influência da insulina em relação ao meu peso.” (Sexo masculino, 29 anos, desempregado, diagnosticado aos 7 anos)

“(…) o efeito da insulina é abaixar a glicose, o que faz engordar é comer de hora em hora para ter o controlo de carboidratos.” (Sexo feminino, 25 anos, empregada de confeitaria, diagnosticada aos 24 anos).

Engorda

Esta subcategoria refere-se à percepção de que a insulina tem influência no aumento de peso numa pessoa diabética, sendo que reuniu 33,3% das referências codificadas. A maioria dos participantes relata a sua própria experiência de como notam alterações no peso desde que são diabéticos. A percepção que a insulina aumenta o apetite foi um outro motivo relatado frequentemente por estes participantes.

“(…)sinto que quanto mais quantidade dou [de insulina], mais engordo.” (Sexo feminino, 30 anos, professora, diagnosticada aos 15 anos)

“Dá muita mais fome.” (Sexo masculino, 27 anos, agente de seguros, diagnosticado aos 25 anos)

Dificulta a perda de peso

Esta subcategoria reuniu apenas 10,3% das referências codificadas mas apresenta-se como uma subcategoria importante por referir-se a uma outra percepção dos participantes sobre a influência da insulina sobre o peso, dado que estes participantes consideram ter maior dificuldade em perder de peso desde que são diabéticos.

“(...) desde que fui diagnosticada e comecei a tomar insulina tenho mais dificuldade em perder peso.” (Sexo feminino, 22 anos, estudante, diagnosticada aos 19 anos)

“Considero que não ajuda a emagrecer, no sentido em que dá origem a uma certa “resistência” e que, de certa forma, dificulta a perda de peso.” (Sexo feminino, 18 anos, estudante, diagnosticada aos 7 anos)

3.2.4. Omissão de Insulina

Dos participantes diabéticos que responderam ao nosso protocolo de investigação, 11 (20,8% dos participantes) relataram ter deixado de tomar insulina intencionalmente. Destes participantes três (27,3%) são do sexo masculino e oito (72,7%) do sexo feminino.

O motivo mais relatado pelos participantes para a omissão intencional de insulina foi a revolta ou rejeição da doença (45,4% dos participantes), quatro participantes (36,4%) relataram que deixaram de tomar insulina para emagrecer e os restantes dois participantes (18,2%) por negação da doença.

3.2.4.1. Reação dos Outros à Omissão de Insulina

A categoria *Reação dos outros à omissão de insulina* reúne as respostas dos participantes relativamente ao modo como as pessoas reagiram ao seu comportamento de omissão de insulina. A subcategoria que reuniu mais frequências foi reação *Negativa* (30,7% das referências nesta categoria), foi também relatado *Ausência* de reação (15,4%), *Vigilância* (15,4%), *Indicações médicas ou nutricionais* (15,4%), *Preocupação* (7,7%), *Apoio* (7,7%) e *Internamento* (7,7%).

“Mal, começaram a vigiar-me, a ver se tomava insulina e a controlar os meus valores de glicémia todos os dias, por mais de 6 meses. Foi um inferno.” (Sexo feminino, 19 anos, estudante, diagnosticada aos 7 anos)

“Eles nem ligam, mas os médicos veem pela hemoglobina glicada que dá sempre 14 (...) aumentam a dosagem mas eu não tomo.” (Sexo feminino, 24 anos, gerente administrativa, diagnosticada aos 11 anos)

“Sermão atrás de sermão, e após vigilância apertada.” (Sexo masculino, 27 anos, agente de seguros, diagnosticado aos 25 anos)

“Apoiaram.” (Sexo feminino, 25 anos, mediadora socioeducativa, diagnosticada aos 21 anos)

“Internaram-me.” (Sexo masculino, 18 anos, estudante, diagnosticado aos 10 anos)

3.2.4.2. Consequências da Omissão de Insulina

A categoria *Consequências da omissão de insulina* diz respeito às percepções dos participantes relativamente às consequências para a saúde de uma pessoa com diabetes não tomar insulina. Foram tidas em conta as respostas de todos os participantes diabéticos, sendo que se dividiram em consequências a *curto prazo* (41,8% das referências nesta categoria) e a *longo prazo* (58,2%).

Relativamente às consequências a *curto prazo*, as respostas dos participantes relatam frequentemente o mau controlo metabólico da diabetes, nomeadamente, referem hiperglicemias e cetoacidose diabética como principais consequências que desencadeiam diversos sintomas físicos. De entre as respostas, existiram duas referências à perda de peso.

“A curto prazo, as hiperglicemias provocam mau estar, vômitos, náuseas, dores de cabeça, o possível aparecimento de corpos tónicos (ou cetónicos) (...)” (Sexo feminino, 25 anos, estudante, diagnosticada aos 6 anos)

“(...) fadiga, cansaço, sede, dores de cabeça, aborrecimento, mal-estar geral.” (Sexo feminino, 28 anos, técnica de higiene e segurança no trabalho, diagnosticada aos 18 anos)

“Sei que omitir doses de insulina provoca perda de peso, devido ao processo que se desenvolve no organismo.” (Sexo feminino, 30 anos, formadora, diagnosticada aos 10 anos)

No que diz respeito às consequências a *longo prazo*, os participantes relataram com maior frequência retinopatia, neuropatia, nefropatia, problemas cardiovasculares e amputações de membros. Algumas respostas também referenciam o coma e a morte.

“Diminuição da qualidade de vida, retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença cardiovascular, morte.” (Sexo feminino, 27 anos, enfermeira, diagnosticada aos 16 anos)

“A longo prazo, as grandes variações de glicemia e as glicemias elevadas vão levar às diversas complicações da diabetes (problemas cardíacos, renais, de cicatrização e até amputações ou morte).” (Sexo masculino, 29 anos, estudante, diagnosticado aos 10 anos)

3.2.4.3. Motivos para Ignorar as Consequências da Omissão de Insulina

Dos participantes que relataram já ter tido comportamentos de omissão de insulina, todos referiram que, no momento em que deixaram de tomar insulina, tinham conhecimento das possíveis consequências desse comportamento.

A categoria *Motivos para ignorar as consequências* engloba os motivos que levaram o participante a ignorar as consequências da omissão de insulina para a sua saúde, uma vez que tinham conhecimento prévio delas. As respostas dos participantes referem frequentemente sentimentos de revolta, negação e não-aceitação da doença, tendo sido também relatado o desejo de continuar a emagrecer e de experimentar a reação do organismo à falta de insulina. Entre as respostas dos participantes, existiu ainda uma referência de tentativa de suicídio.

“Por estar revoltado comigo mesmo, por não entender a doença em si a 100%, por nunca ter acreditado que um dia poderia vir a desenvolver esta doença.”
(Sexo masculino, 27 anos, agente de seguros, diagnosticado aos 25 anos)

“Porque era uma forma simples de emagrecer sem deixar de comer o que queria nem fazer muito exercício físico.” (Sexo feminino, 19 anos, estudante, diagnosticada aos 7 anos)

“Estava a tentar perceber como o meu corpo reagia [à falta de insulina].”
(Sexo feminino, 25 anos, mediadora socioeducativa, diagnosticada aos 21 anos)

“Tentativa de suicídio.” (Sexo masculino, 18 anos, estudante, diagnosticado aos 10 anos)

3.2.4.4. Rede Social

A categoria *Rede social* refere-se ao apoio sentido pelos participantes para lidar com a situação de omissão de insulina, nomeadamente, por quem e de que forma foi apoiado. Os participantes referem frequentemente a família como rede de apoio, nomeadamente, a família nuclear (pais e irmãos) e o cônjuge ou namorado(a). Foi também referido por alguns participantes os médicos e os amigos como suporte de apoio percebido.

“Meus pais, minha irmã e essencialmente a minha namorada, que teve muita paciência comigo.” (Sexo masculino, 27 anos, agente de seguros, diagnosticado aos 25 anos)

“Pela minha mãe, esteve sempre ao meu lado apesar de ter sido um período terrível devido à vigilância que ela fazia do meu controlo da diabetes e estar sempre desconfiada, mas foi a única pessoa de quem senti apoio e carinho.”
(Sexo feminino, 19 anos, estudante, diagnosticada aos 7 anos)

“A equipa médica, família e amigos mas só depois de descobrirem.” (Sexo masculino, 18 anos, estudante, diagnosticado aos 10 anos)

3.2.5. Omissão de Insulina para Emagrecer

Tendo em conta os objetivos deste projeto de investigação, de seguida é caracterizada a subamostra de participantes ($n = 4$) que relataram já ter tido comportamentos de omissão intencional de insulina com o objetivo de emagrecer. Os participantes são do sexo feminino, têm idades entre os 18 e os 30 anos ($M = 22,75$ e $DP = 5,50$), encontram-se com peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9), estão insatisfeitas com a sua imagem corporal, desejando diminuir de peso (discrepância entre imagem corporal ideal e atual apresenta valores negativos), e apresentam indicação clínica significativa de comportamento alimentar perturbado (resultados nas subescalas do EDE-Q ou no score total superior a 3,5).

Relativamente às *mudanças decorrentes da diabetes* foi referido pelas participantes mudanças relativas à *Alimentação* (50% das referências nesta categoria), à *Imagem corporal* (20%), ao *Peso* (20%) e à *Ausência de mudança na imagem corporal* (10%). Relativamente à alimentação, as quatro participantes consideram que têm maior cuidado com a alimentação enquanto diabéticas (duas referem ter um pouco de cuidado e as outras duas muito cuidado).

*“[Maior cuidado na alimentação] por não querer tomar insulina e engordar (...)
preocupo-me sempre [com a alimentação]. Às vezes é difícil de controlar.”*
(Sexo feminino, 24 anos, gerente administrativa, diagnosticada aos 11 anos)

As quatro participantes consideram que têm maior cuidado com a sua imagem corporal enquanto diabéticas (uma participante refere ter um pouco de cuidado e as restantes três muito cuidado). Em relação às mudanças ao nível do peso, as quatro participantes referem ter uma maior dificuldade em perder peso desde que foram diagnosticado com diabetes, duas das participantes preocupam-se um pouco com essa situação e as outras duas participantes preocupam-se muito.

No que diz respeito às *Estratégias* utilizadas pelas participantes no seu dia-a-dia para atingir a imagem corporal que consideram ideal foram referidas estratégias relacionadas com a

Alimentação (57,1% das referências nesta categoria), o *Exercício físico* (28,6%) e existiu também uma referência à *Omissão de insulina* (14,3%).

“Não como carboidratos, ou quando como não utilizo a insulina.” (Sexo feminino, 24 anos, gerente administrativa, diagnosticada aos 11 anos)

Relativamente à influência da insulina no peso, duas participantes consideram que a insulina engorda e as outras duas participantes consideram que a insulina não engorda. Na categoria *Percepção da influência da insulina* as participantes, através da sua experiência pessoal, referiram que a insulina *Engorda* (40% das referências), *Não engorda* (40%) e *Dificulta a perda de peso* (20%).

“(...) sempre que começo a fazer o controlo direito, medir, usar a dosagem correta, eu engordo muito (...) passo a comer mais e a não tomar a insulina, já fiquei longos períodos sem [insulina] para entrar em cetose [cetoacidose].”
(Sexo feminino, 24 anos, gerente administrativa, diagnosticada aos 11 anos)

“Inicialmente abriu-me o apetite e agora tenho mais cuidado com a alimentação mas não consigo emagrecer.” (Sexo feminino, 30 anos, bancária, diagnosticada aos 30 anos)

As participantes referiram que, no momento em que deixaram de tomar insulina intencionalmente, tinham conhecimento das consequências desse comportamento. Relativamente à categoria *Motivos para ignorar as consequências*, as respostas das participantes referem o desejo de emagrecer e sentimentos de revolta. Uma participante relata que não ignorou as consequências pois considera que quando omitiu insulina não era necessário tomá-la.

“Não penso nisso... Sei de todas [as consequências] mas acho que o que me importa é estar magra (...) não me sinto bem gorda.” (Sexo feminino, 24 anos, gerente administrativa, diagnosticada aos 11 anos)

“Porque era uma forma simples de emagrecer sem deixar de comer o que queria nem fazer muito exercício físico.” (Sexo feminino, 19 anos, estudante, diagnosticada aos 7 anos)

“Não ignorei mas não era necessário tomar porque não tinha ingerido HC [hidratos de carbono] nessa refeição, e/ou tinha acabado de fazer desporto intenso, e porque o nível de glicémia estava bom (não hiperglicemia).” (Sexo feminino, 18 anos, estudante, diagnosticada aos 13 anos)

Relativamente à duração da omissão de insulina, duas participantes relatam um período mais longo e continuado de omissão de insulina, enquanto outra participante refere que a omissão de insulina foi pontual. A resposta de uma participante não foi possível ter em conta por ser inconclusiva.

“O máximo que consigo é uma semana, sem nada [insulina]... Agora já fiquei meses sem usar a rápida... Emagreci 10 kg.” (Sexo feminino, 24 anos, gerente administrativa, diagnosticada aos 11 anos)

“Dois anos, mas ia tomando alguma insulina para me sentir melhor.” (Sexo feminino, 19 anos, estudante, diagnosticada aos 7 anos)

“Algumas refeições em que não como Hidratos de Carbono.” (Sexo feminino, 18 anos, estudante, diagnosticada aos 13 anos)

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na primeira parte do estudo procurou-se caracterizar e comparar os jovens adultos com diabetes e os seus pares não diabéticos quanto ao IMC, (in)satisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares perturbados (preocupação com o peso, com a forma e com a comida e restrição).

Os resultados do nosso estudo corroboram a primeira hipótese colocada referente ao IMC, confirmando que os indivíduos com diabetes apresentam um IMC mais elevado comparativamente com os seus pares não diabéticos, dados consistentes com estudos anteriores em Portugal (e.g., OND, 2014) e noutros países (e.g., Jones et al., 2000; Peveler et al., 2005). Tal pode estar associado à influência do tratamento intensivo da diabetes no peso corporal dos pacientes, como observado num estudo anterior (DCCT Research Group, 2001).

A segunda hipótese colocada previa uma relação positiva entre o nível de insatisfação corporal e a diabetes, uma vez que na literatura são referidos efeitos negativos da diabetes na imagem corporal (Colton et al., 2009; Philippi et al., 2013). No nosso estudo, não foram encontradas diferenças significativas entre diabéticos e não diabéticos relativamente à insatisfação com a imagem corporal, no entanto, verifica-se uma maior percentagem de participantes diabéticos satisfeitos com a sua imagem corporal comparativamente aos seus pares não diabéticos, resultados semelhantes aos encontrados num estudo anterior (Ackard et al., 2008), onde a satisfação com a imagem corporal era maior entre os indivíduos com diabetes. Uma possível explicação para estes resultados reside no sexo dos participantes, uma vez que estudos anteriores (e.g., Francisco et al., 2012) demonstram que os indivíduos do sexo masculino estão mais satisfeitos com a imagem corporal do que os indivíduos do sexo feminino. No nosso estudo, 32,7% dos indivíduos diabéticos eram do sexo masculino comparativamente a 15,1% dos indivíduos sem diabetes.

No presente estudo verificou-se a existência de uma relação entre o IMC e a insatisfação com a imagem corporal consistente com a literatura referente à população em geral (Grogan, 2008) e à população com diabetes (Colton et al., 2009; Philippi et al., 2013), confirmando que os indivíduos com um maior IMC apresentam uma maior insatisfação com a imagem corporal desejando perder peso, possivelmente numa tentativa de alcançar o ideal de beleza da cultura ocidental (Grogan, 2008).

A terceira hipótese colocada previa que um maior risco de comportamentos alimentares perturbados estivesse associado ao grupo de participantes com diabetes, uma vez que alguns estudos demonstram que os indivíduos com diabetes apresentam uma maior prevalência de

comportamentos alimentares perturbados em comparação com os seus pares não diabéticos (e.g., Jones et al., 2000), no entanto, outros estudos não encontraram diferenças significativas (e.g., Ackard et al., 2008). No presente estudo não foram encontradas diferenças significativas no indicador clínico de perturbação alimentar entre indivíduos com diabetes e os seus pares não diabéticos. Estes resultados sugerem que a nossa amostra de participantes diabéticos tem um acompanhamento nutricional e/ou médico adequado, resultados semelhantes aos encontrados no estudo de Ackard e colaboradores (2008), onde a amostra de diabéticos foi obtida a partir de uma clínica de endocrinologia e apresentavam um bom controlo metabólico.

No nosso estudo verificou-se que um IMC mais elevado e uma maior insatisfação com a imagem corporal estão associados a uma maior frequência de comportamento alimentares perturbados, dados consistentes com a literatura sobre as perturbações alimentares na população com diabetes (Colton et al., 2009; Philippi et al., 2013) e na população em geral (Striegel-Moore & Bulik, 2007). No entanto, apenas a insatisfação com a imagem corporal revelou-se um preditor significativo de comportamentos alimentares perturbados no grupo dos participantes com diabetes e o IMC no grupo dos participantes sem diabetes. O IMC não ser um preditor significativo no grupo dos participantes diabéticos pode dever-se ao facto deste grupo apresentar-se mais satisfeito com a imagem corporal apesar de apresentarem um maior IMC. Todavia, o facto da insatisfação corporal no grupo de controlo não ser preditor de comportamentos alimentares perturbados é inconsistente com a maior parte da literatura (Striegel-Moore & Bulik, 2007; Striegel-Moore & Debra, 2002), onde a procura do ideal de beleza atual e a discrepância entre a imagem corporal real e ideal estão associadas a um maior risco de comportamentos alimentares perturbados.

As últimas duas hipóteses colocadas previam valores mais elevados de insatisfação corporal e de comportamentos alimentares perturbados no sexo feminino e no grupo de participantes mais jovens.

Relativamente às diferenças de género, as mulheres apresentam-se significativamente mais insatisfeitas com a sua imagem corporal desejando perder peso, resultados que são consistentes com estudos anteriores que compararam adolescentes e jovens adultos com diabetes e os seus pares não diabéticos (Ackard et al., 2008; Philippi et al., 2013). Num dos estudos referidos (Philippi et al., 2013), não foram encontradas diferenças etárias relativamente à insatisfação corporal, o mesmo se verificou na nossa amostra global. No entanto, quando analisámos separadamente os participantes do sexo masculino e do sexo feminino verificou-se que, entre os indivíduos do sexo masculino, são aqueles com mais idade que apresentam uma maior insatisfação com a imagem corporal desejando perder peso, o que está de acordo com as

diferenças geracionais encontradas por Francisco e colaboradores (2012), onde o nível de satisfação era mais elevado nos adolescentes do que nos adultos.

Na literatura existe um consenso em como as perturbações alimentares são mais frequentes em indivíduos do sexo feminino do que em indivíduos do sexo masculino (Fairburn & Harrison, 2003), e efetivamente no nosso estudo as mulheres apresentam-se significativamente mais preocupadas com a forma e com o peso. Ainda relativamente aos comportamentos alimentares perturbados, não foram encontradas diferenças etárias significativas, no entanto, quando analisámos separadamente os participantes do sexo masculino e do sexo feminino verificou-se que são os homens mais velhos e as mulheres mais novas quem apresentam valores mais elevados de perturbação alimentar. Os resultados obtidos entre as participantes do sexo feminino estão de acordo com a literatura, confirmando que ser do sexo feminino e mais jovem aumenta o risco de perturbação alimentar (Fairburn & Harrison, 2003). Relativamente aos resultados encontrados entre os participantes do sexo masculino, uma possível explicação pode relacionar-se com o IMC dos participantes, pois um maior IMC aumenta o risco de perturbações alimentares (Striegel-Moore & Bulik, 2007), e de facto no nosso estudo são os participantes do sexo masculino e com mais idade quem apresentam valores de IMC mais elevados.

A segunda parte do estudo pretendeu investigar as consequências da diabetes na alimentação, na imagem corporal e no peso dos participantes diabéticos e caracterizar o comportamento de omissão de insulina como estratégia para a perda de peso.

As mudanças decorrentes da diabetes relatadas com maior frequência pelos indivíduos diabéticos foram referentes à Alimentação, sendo que a maioria dos participantes referiu ter maior cuidado com a alimentação desde o diagnóstico. Estes resultados são consistentes com a literatura, confirmando que os indivíduos com diabetes condicionam a sua vida com vários rituais ao longo do dia que envolvem a alimentação (Menina & Akers, 2014). Para além das mudanças na alimentação houve também referência à realização de mais exercício físico e mais tentativas de controlo do peso (Colton et al., 2013).

No presente estudo, 26,4% dos participantes relataram ter maior cuidado com a sua imagem corporal e 35,8% ter dificuldade em perder peso desde que são diabéticos, o que vai ao encontro de estudos anteriores (e.g., Balfe et al., 2013; DCCT Research Group, 2001) onde se verifica que os indivíduos com diabetes preocupam-se mais com a imagem corporal e consideram ter sido difícil perder peso desde o diagnóstico. Um dos estudos referidos (DCCT Research Group, 2001) demonstrou que o uso de insulina é frequentemente associado a um ganho de peso, sendo que na nossa amostra cerca de um terço dos participantes relataram esta

associação e alguns participantes referiram uma flutuação de peso antes e depois do diagnóstico da diabetes.

O nosso estudo mostra que as estratégias mais utilizadas pelos jovens com diabetes para atingir a sua imagem corporal ideal são o exercício físico e cuidados com a alimentação, nomeadamente, o recurso à dieta, resultados que vão ao encontro da literatura referente à população em geral (Grogan, 2008). Foi também referida a omissão de insulina intencional como uma forma de controlar o peso, estratégia já relatada em diversos estudos anteriores (e.g., Ackard et al., 2008; Balfe et al., 2013; Colton et al., 2013; Custal et al., 2014; Goebel-Fabbri et al., 2008; Jones et al., 2000; Olmsted et al., 2002; Peveler et al., 2005; Philippi et al., 2013; Powers et al., 2012; Rydall et al., 1997; Takii et al., 2008).

No nosso estudo 7,3% dos indivíduos com diabetes referiram omitir insulina para emagrecer, resultados semelhantes aos encontrados nos estudos de Ackard e colaboradores (2008) e de Philippi e colaboradores (2013), onde 7,7% e 8,5% dos indivíduos com diabetes relataram ter este comportamento, respetivamente. Outros estudos (e.g., Balfe et al., 2013; Goebel-Fabbri et al., 2008; Jones et al., 2000; Peveler et al., 2005; Rydall et al., 1997) encontraram uma maior percentagem de indivíduos com diabetes que utilizam esta estratégia de perda de peso. Uma possível explicação reside no sexo dos participantes, uma vez que os estudos referidos foram realizados apenas com mulheres ou com uma percentagem de indivíduos do sexo masculino muito reduzida.

Os indivíduos com diabetes que, neste estudo, relataram o comportamento de omissão de insulina como estratégia de perda de peso são apenas do sexo feminino, dados concordantes com estudos anteriores (Ackard et al., 2008; Balfe et al., 2013; Philippi et al., 2013) onde foi encontrada uma frequência muito superior deste comportamento compensatório nas mulheres do que nos homens.

Estas participantes encontram-se insatisfeitas com a sua imagem corporal desejando perder peso e apresentam indicação clínica significativa de comportamento alimentar perturbado, resultados consistentes com estudos anteriores (Ackard et al., 2008; Philippi et al., 2013), confirmando que a omissão de insulina como estratégia de perda de peso parece estar associada à insatisfação com a imagem corporal e a um maior risco de perturbação alimentar.

As mulheres que relataram o comportamento de omissão de insulina para emagrecer consideram ter maior cuidado com a alimentação e com a sua imagem corporal enquanto diabéticas e uma maior dificuldade em perder peso desde o diagnóstico, situação que consideram um motivo de preocupação. Estes podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento deste comportamento compensatório.

No nosso estudo verificou-se que a maioria dos indivíduos com diabetes têm conhecimento das consequências que a omissão de insulina pode causar, nomeadamente, referiram as hiperglicemias e a cetoacidose diabética como consequências a curto prazo e complicações microvasculares como consequências a longo prazo, sendo estas também as consequências mais referidas na literatura (IDF, 2013; OND, 2014; WHO, 1994, 1999). A maioria das participantes que omitiram insulina para emagrecer referiram ignorar essas consequências devido à importância que a perda de peso tem na vida de cada uma delas, sendo que o mesmo padrão foi verificado no estudo de Balfe e colaboradores (2013), em que os indivíduos não alteravam o seu comportamento de omissão de insulina mesmo estando conscientes das suas consequências. Uma razão para a manutenção deste comportamento compensatório é o facto de voltar a tomar as doses de insulina corretamente fazer com que o individuo ganhe de novo todo o peso que tinha perdido, fator este que foi relatado no nosso estudo e no estudo de Balfe e colaboradores (2013).

A família e a equipa médica aparecem frequentemente como fonte de apoio nos casos de omissão de insulina para controlo do peso, no entanto, é importante dar especial atenção aos casos nos quais a presença deste comportamento é ignorado. Nestes casos, a família e os médicos possivelmente não reconhecem a associação entre omissão de insulina e perturbação no comportamento alimentar, dando atenção apenas ao controlo metabólico do paciente (Powers et al., 2012).

5. CONCLUSÃO

Que tenhamos conhecimento, este é o primeiro estudo que compara indivíduos portugueses diabéticos e não diabéticos quanto à (in)satisfação corporal e comportamentos alimentares perturbados. Os resultados indicam que os jovens adultos com diabetes não estão mais insatisfeitos com a sua imagem corporal nem apresentam comportamentos alimentares mais perturbados comparativamente com os seus pares não diabéticos. No entanto, foi verificada uma elevada percentagem de indivíduos diabéticos e não diabéticos que estão insatisfeitos com a sua imagem corporal desejando perder peso, sobretudo indivíduos do sexo feminino. Os resultados do estudo indicam também que são as mulheres que se mostram mais preocupadas com a forma e com o peso, sendo que o risco de perturbação alimentar esteve associado a um maior IMC e uma maior insatisfação com a imagem corporal.

Este estudo permitiu perceber as consequências que a diabetes tem na alimentação, na satisfação com a imagem corporal e no peso dos pacientes entre a população portuguesa jovem adulta com diabetes. A maioria dos indivíduos com diabetes relatam mudanças na alimentação e uma percentagem significativa sentiu alterações no peso desde o diagnóstico, fatores que podem ser um risco para o desenvolvimento de comportamentos alimentares perturbados. As estratégias utilizadas pelos indivíduos com diabetes para atingir a imagem corporal que consideram ideal são semelhantes à da população em geral, no entanto, existe o recurso à omissão de insulina como um comportamento compensatório que é exclusivo de indivíduos com diabetes e que pode ter complicações mais graves na saúde a curto e longo prazo.

Que seja do nosso conhecimento, este também é o primeiro estudo que caracteriza o comportamento de omissão de insulina para controlar o peso na população portuguesa com diabetes. Este comportamento compensatório é mais frequente em mulheres do que em homens e está associado à insatisfação com a imagem corporal e ao risco de perturbação alimentar. Apesar dos indivíduos estarem consistentes das consequências da omissão de insulina, continuam a utilizar este comportamento para perder peso devido à importância que o peso e a imagem corporal ideal têm na sua vida. Os resultados indicam que nem sempre existe um suporte adequado, no entanto, quando existe restringe-se à família, amigos e profissionais de saúde, nomeadamente médicos, não havendo referência a acompanhamento psicológico.

Uma primeira limitação deste estudo diz respeito à maior percentagem de indivíduos do sexo masculino na amostra da população com diabetes, que se verificou ser o dobro da percentagem de indivíduos do sexo masculino na amostra da população sem diabetes. É importante que investigações futuras tenham em conta a distribuição das amostras de diabéticos

e não diabéticos no que diz respeito ao género dos participantes para que não influencie os resultados, uma vez que existe um consenso na literatura em como as perturbações alimentares são mais frequentes em mulheres do que em homens (Fairburn & Harrison, 2003).

Uma segunda limitação está relacionada com os instrumentos de recolha de dados utilizados. Por um lado, os instrumentos de autorrelato aumentam a possibilidade de respostas por desejabilidade social ou ao acaso. No caso dos indivíduos diabéticos, o recurso adicional a outras fontes de informação, como profissionais de saúde, poderia ser útil para avaliar com maior precisão os casos de omissão de insulina como um comportamento alimentar perturbado. Por outro lado, os instrumentos utilizados para avaliar o risco de perturbação alimentar não são específicos para a população com diabetes, razão pela qual seria importante a construção, tradução ou validação de instrumentos específicos para avaliar a omissão de insulina como um comportamento alimentar perturbado na população portuguesa com diabetes.

Em termos de implicações práticas, parece-nos importante que exista uma maior prevenção das perturbações alimentares junto da população com diabetes, devido às várias mudanças que os pacientes sentem desde o diagnóstico e que podem ser fatores de risco, como referido anteriormente, nomeadamente mudanças na alimentação e no peso. Considerando que a omissão de insulina é um comportamento inadequado de perda de peso que prejudica o controlo da diabetes, o que acarreta graves problemas de saúde para o paciente, é fundamental que os profissionais de saúde estejam mais atentos aos primeiros sinais, como episódios recorrentes de cetoacidose diabética ou de valores elevados de glicémias no sangue sem motivo aparente e a perda rápida de peso. O rastreio junto da população com diabetes, nomeadamente do sexo feminino, é uma forma eficaz de promover o diagnóstico precoce e o tratamento adequado deste comportamento alimentar perturbado, de modo a prevenir futuras complicações da diabetes. O acompanhamento psicológico deve ser uma parte fundamental do tratamento para que sejam oferecidas aos pacientes as condições necessárias para a recuperação e minimizadas as consequências a nível da saúde mental do paciente.

Consideramos importante que mais estudos sejam realizados em Portugal com o objetivo de avaliar o risco de comportamentos alimentares em outras populações com diabetes, nomeadamente em adolescentes, por ser um grupo de risco (Fairburn & Harrison, 2003; Preveler, 2000). Neste sentido, seria também importante que investigações futuras verificassem a existência de diferenças geracionais tendo em conta o comportamento de omissão de insulina como uma estratégia de controlo do peso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackard, D. M., Vik, N., Neumark-Sztainer, D., Schmitz, K. H., Hannan, P., & Jacobs Jr, D. R. (2008). Disordered eating and body dissatisfaction in adolescents with type 1 diabetes and a population-based comparison sample: Comparative prevalence and clinical implications. *Pediatric Diabetes*, 9, 312-319. doi:10.1111/j.1399-5448.2008.00392.x
- Almeida, S. L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5a ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- American Diabetes Association. (2008). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 31(Suppl. 1), 12-54.
- American Diabetes Association. (2013). *DKA (ketoacidosis) & ketones*. Retrieved from: <http://www.Diabetes.org/living-with-Diabetes/complications/ketoacidosis-dka.html?loc=lwd-slabnav>.
- American Dietetic Association. (2001). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *Journal of the American Dietetic Association*, 101(7), 810-819.
- American Psychiatric Association. (2006). *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders* (3rd ed.). Arlington, VA: Autor.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5a ed.). Lisboa: Climepsi.
- Balfe, M., Doyle, F., Smith, D., Sreenan, S., Conroy, R., & Brugha, R. (2013). Dealing with the devil: Weight loss concerns in young adult women with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2030-2038. doi:10.1111/jocn.12231
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Blanchard, J. L. (2008). Diabetes and eating disorder come together as diabulimia. *Diabetes Health*, 17(4), 33-34.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Cash, T. F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research & clinical practice* (pp.

- 38-46). New York, NY: Guilford Press.
- Christensen, L. B., Johnson, R. B., & Turner, L. A. (2011). *Research methods, design and analysis* (11th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Colton, P. A., Olmsted, M. P., Daneman, D., & Rodin, G. M. (2013). Depression, disturbed eating behavior, and metabolic control in teenage girls with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 14, 372-376. doi: 10.1111/pedi.12016
- Colton, P., Rodin, G., Bergenstal, R., & Parkin, C. (2009). Eating disorders and diabetes: Introduction and overview. *Diabetes Spectrum*, 22, 138-142. doi: 10.2337/diaspect.22.3.138
- Coolican, H. (2009). *Research methods and statistics in psychology* (5th ed.). London: Hodder Education.
- Corson, P. W., & Andersen, A. E. (2002). Body image issues among boys and men. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 192-199). New York, NY: Guilford Press.
- Custal, N., Arcelus, J., Agüera, Z., Bove, F. I., Wales, J., Granero, R., ... Fernandez-Aranda, F. (2014). Treatment outcome of patients with comorbid type 1 diabetes and eating disorders. *BMC Psychiatry*, 14, 26-37. doi: 10.1186/1471-244X-14-140
- Daly, K. J. (2007). *Qualitative methods for family studies & human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Darbar, N., & Mokha, M. (2008). Diabulimia: A body-image disorder in patients with type 1 diabetes mellitus. *Athletic Therapy Today*, 13(4), 31-33.
- Davidson, J. (2014). Diabulimia: How eating disorders can affect adolescents with diabetes. *Nursing Standard*, 29(2), 44-49.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (2001). Influence of intensive diabetes treatment on body weight and composition of adults with type 1 diabetes in the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care*, 24(10), 1711-1721.
- Direcção-Geral de Saúde. (2011). *Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Francisco, R. (2010). *Perturbações alimentares na adolescência: Coreografias protectoras e de risco em bailarinos e ginastas*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa,

Lisboa.

- Francisco, R., Alarcão, M., & Narciso, I. (2012). (In)satisfação com a imagem corporal em adolescentes e adultos portugueses: Contributo para o processo de validação da *Contour Drawing Rating Scale*. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 34(1), 61-88.
- Ghaderi, A. (2001). Review of risk factors for eating disorders: Implications for primary prevention and cognitive behavioural therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 57-74. doi: 10.1080/02845710152507409
- Goebel-Fabbri, A. E., Fikkan, J., Franko, D. L., Pearson, K., Anderson, B. J., & Weinger, K. (2008). Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 31, 415-419. doi: 10.2337/dc07-2026
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. Dezin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp.105-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hasken, J., Kresl, L., Nydegger, T., & Temmed, M. (2010). Diabulimia and the role of School health personnel. *Journal of School Health*, 80, 465-469. doi: 10.1111/j.1746-1561.2010.00529.x
- Hesse-Biber, S., & Leavy, P. (2011). *The practice of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hoek, H. W., & Hoeken, D. V. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396. doi: 10.1002/eat.10222
- International Diabetes Federation. (2013). *IDF diabetes atlas* (6th ed.). Brussels, Belgium: Autor.
- International Diabetes Federation. (2014). *Annual report 2013*. Brussels, Belgium: Autor.
- Jones, J. M., Lawson, M. L., Daneman, D., Olmsted, M. P., & Rodin, G. (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: Cross sectional study. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 320(7249), 1563-1566.
- Machado, P. P. P. (2007). *Versão Portuguesa do EDE-Q, 5ª edição* (material não publicado). Universidade do Minho.
- Machado, P. P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014). *Eating Disorder Examination Questionnaire: Psychometric properties and*

- norms for the portuguese population. *European Eating Disorders Review*, 22, 448-453. doi: 10.1002/erv.2318
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS statistics* (6a ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Menina, A., & Akers, E. M. (2014). Diabulimia: Not so secret - or shameful - anymore. *Diabetes Health*, 23(1), 14-19.
- Observatório Nacional da Diabetes. (2014). Diabetes: Factos e números 2014 relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Olmsted, M. P., Daneman, D., Rydall, A. C., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2002). The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 230-239.
- Peveler, R. (2000). Eating disorders and insulin-dependent diabetes. *European Eating Disorders Review*, 8, 164-169. doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(200003)8:2<164::AID-ERV345>3.0.CO;2-V
- Peveler, R. C., Bryden, K. S., Neil, H. A. W., Fairburn, C. G., Mayou, R. A., Dunger, D. B., & Turner, H. M. (2005). The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 28(1), 84-88.
- Philippi, S. T., Cardoso, M. G. L., Koritar, P., & Alvarenga, M. (2013). Risk behaviors for eating disorder in adolescents and adults with type 1 diabetes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 150-156. doi: 10.1590/1516-4446-2012-0780
- Pinhas-Hamiel, O., Hamiel, U., Greenfield, Y., Boyko, V., Graph-Barel, C., Rachmiel, M., ... Reichman, B. (2013). Detecting intentional insulin omission for weight loss in girls with type 1 diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 819-825. doi: 10.1002/eat.22138
- Powers, M. A., Richter, S., Ackard, D., Gerken, S., Meier, M., & Criego, A. (2012). Characteristics of persons with an eating disorder and type 1 diabetes and psychological comparisons with persons with an eating disorder and no diabetes. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 252-256. doi: 10.1002/eat.20928
- Pruzinsky, T. & Cash, T. (Eds.). (2002). Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research & clinical practice* (pp. 3-12). New York, NY: Guilford Press.

- Rydall, A. C., Rodin, G. M., Olmsted, M. P., Devenyi, R. G., & Daneman, D. (1997). Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*, 336, 1849-1854. doi: 10.1056/NEJM199706263362601
- Shih, G. H. (2009). Diabulimia. *Diabetes Health*, 18(2), 14-21.
- Shih, G. H. (2011). Once a spokesperson for juvenile diabetes, Erin now suffers from diabulimia. *Diabetes Health*, 20(4), 10-10.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.
- Striegel-Moore, R. H., & Debra, F. L. (2002). Body image issues among girls and women. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research & clinical practice* (pp. 183-191). New York, NY: Guilford Press.
- Takii, M., Uchigata, Y., Tokunaga, S., Amemiya, N., Kinukawa, N., Nozaki, T., ... Kubo, C. (2008). The duration of severe insulin omission is the factor most closely associated with the microvascular complications of type 1 diabetic females with clinical eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 259-264. doi: 10.1002/eat.20498
- Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258-269.
- Tiggemann, M. (2002). Media influences on body image development. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research & clinical practice* (pp. 91-98). New York, NY: Guilford Press.
- Umpierrez, G. E., Murphy, M. B., & Kitabchi, A. E. (2002). Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar syndrome. *Diabetes Spectrum*, 15, 28-36. doi: 10.2337/diaspect.15.1.28
- Weaver, K. (2012). Eating disorders in people with type 1 diabetes. *Nursing Standard*, 26(43), 43-47.
- Wilksch, S. M., Starkey, K., Gannoni, A., Kelly, T., & Wade, T. D. (2013). Interactive programme to enhance protective factors for eating disorders in girls with type 1 diabetes. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 315-321. doi: 10.1111/eip.12012
- Wolfsdorf, J. I., Allgrove, J., Craig, M. E., Edge, J., Glaser, N., Jain, V., ... Hanas, R. (2014). Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. *Pediatric Diabetes*, 15, 154-179. doi: 10.1111/pedi.12165
- Wolfsdorf, J. I., Craig, M. E., Daneman, D., Dunger, D., Edge, J., Lee, W., ... Hanas, R. (2009).

Diabetic ketoacidosis in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 10, 118-133. doi: 10.1111/j.1399-5448.2009.00569.x

World Health Organization. (n.d.). *Body mass index - BMI*. Retrieved from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index>

World Health Organization. (1994). *Prevention of diabetes mellitus: Report of a WHO study group*. Geneva: Autor.

World Health Organization. (1999). *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus*. Geneva: Autor.

APÊNDICES

Apêndice A

Consentimento Informado

Consentimento Informado

O meu nome é Maria Ana Falcão, e encontro-me a realizar um estudo no âmbito do plano curricular do Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, inserido no meu trabalho de dissertação, cujo objetivo principal é comparar aspetos da alimentação e imagem corporal entre jovens com diabetes e jovens sem diabetes, sob a orientação da Professora Doutora Rita Francisco.

Venho assim solicitar a sua colaboração neste estudo respondendo online a um conjunto de questões relativas à sua experiência pessoal acerca da sua alimentação e imagem corporal.

Para participar no estudo deverá ter entre 18 e 30 anos e ser português.

A duração esperada da sua participação é entre 10 e 20 minutos. Os dados recolhidos serão totalmente confidenciais e será assegurado o seu anonimato, não sendo registado o seu nome ou qualquer outro elemento identificativo durante o questionário.

Não são antecipados quaisquer riscos para os participantes deste estudo. Contudo, a qualquer momento pode desistir de participar, se assim o desejar.

Caso tenha alguma dúvida relativamente à presente investigação, à sua participação nela ou se estiver interessado(a) em obter informação relativamente aos resultados do estudo, poderá entrar em contacto com a investigadora através de correio eletrónico: maria.ana.falcao@gmail.com.

Ao prosseguir, garante que é maior de 18 anos, que leu e concordou com os termos do presente estudo e que aceita colaborar voluntariamente no mesmo.

Muito obrigada pela sua colaboração e disponibilidade,

Maria Ana Falcão

Apêndice B⁷

Protocolo de Investigação

⁷ Apresenta-se aqui, como exemplo, a versão feminina para o participante com diabetes.

Questionário de dados sociodemográficos

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Idade: ____ anos

Nacionalidade: _____

Habilitações acadêmicas: Até ao 4º ano ☐
 Até ao 9º ano ☐
 Até ao 12º ano ☐
 Frequência ensino superior ☐
 Licenciatura ☐
 Mestrado / doutoramento ☐

Profissão: _____

Habilitações acadêmicas da mãe: Até ao 4º ano ☐
 Até ao 9º ano ☐
 Até ao 12º ano ☐
 Frequência ensino superior ☐
 Licenciatura ☐
 Mestrado / doutoramento ☐

Profissão da mãe: _____

Habilitações acadêmicas do pai: Até ao 4º ano ☐
 Até ao 9º ano ☐
 Até ao 12º ano ☐
 Frequência ensino superior ☐
 Licenciatura ☐
 Mestrado / doutoramento ☐

Profissão do pai: _____

Com quem vive: _____

Tem diabetes: Sim ☐ Não ☐

Que tipo de diabetes? _____

Desde que idade? _____

Tem outra doença crónica? Sim ☐ Não ☐

Se respondeu Sim, qual? _____

Altura: _____ m

Peso: _____ kg

Já teve acompanhamento psicológico? Sim ☐ Não ☐

Se respondeu Sim

Desde que idade? _____

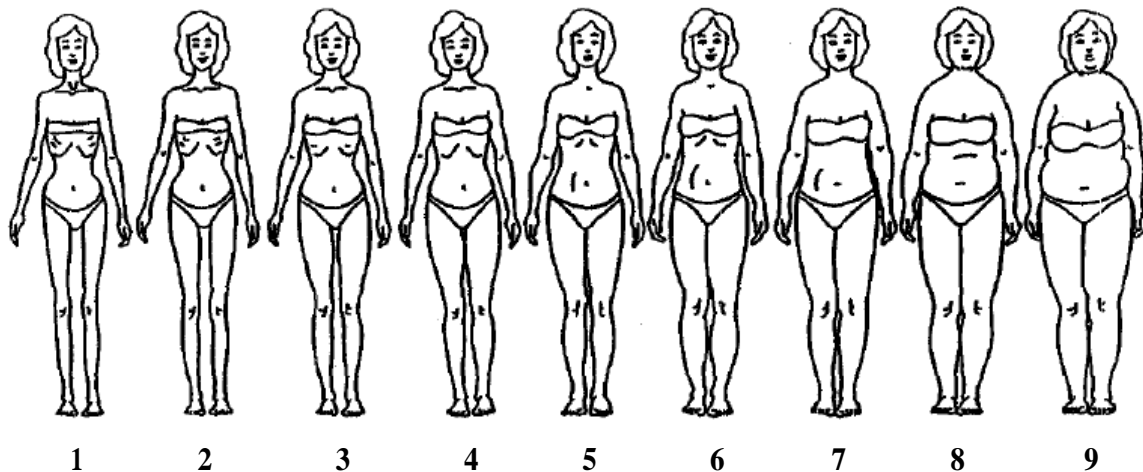
Durante quanto tempo? _____

Atualmente tem acompanhamento psicológico? Sim ☐ Não ☐

Contour Drawing Rating Scale

(Thompson & Gray, 1995; versão portuguesa Francisco, Narciso, & Alarcão, 2012)

Após observar atentamente as diferentes figuras, selecione a que mais se aproxima da sua aparência actual e a que se aproxima mais da aparência que considera ideal.



1. A figura que mais se identifica com a minha aparência atual tem o número_____.
2. A figura que mais se identifica com o que considero ser a aparência ideal tem o número_____.

Questionário

“Experiência pessoal relativa à alimentação e imagem corporal”

Considera que tem um maior cuidado com a sua alimentação que uma pessoa que não tenha diabetes? Não ☐ Um pouco ☐ Muito ☐

Porquê?

Considera que tem um maior cuidado com a sua imagem corporal que uma pessoa que não tenha diabetes? Não ☐ Um pouco ☐ Muito ☐

Porquê?

Desde que é diabético(a), considera que tem maior dificuldade em perder peso?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu Sim, em que medida essa questão o(a) preocupa?

Não preocupa nada ☐ Preocupa um pouco ☐ Preocupa ☐ Preocupa muito ☐

Que estratégias utiliza no seu dia-a-dia para atingir a imagem corporal que considera ideal para si?

De que modo as questões relacionadas com a alimentação condicionam o seu dia-a-dia?

De que modo as questões relacionadas com o seu peso condicionam o seu dia-a-dia?

Considera que a insulina engorda? Sim ☐ Não ☐

Porquê?

Já deixou de tomar insulina propositadamente? Sim ☐ Não ☐

Se respondeu Sim:

Por que motivos? Negação ☐
 Revolta / Rejeição ☐
 Para emagrecer ☐
 Medo ☐
 Vergonha ☐
 Outro(s) _____

Por quanto tempo? ☐ _____ dias
☐ _____ meses

Após quanto tempo os médicos ou a sua família se aperceberam que não tomava insulina? ☐ _____ dias
☐ _____ meses

E como reagiram?

Que consequências considera que a omissão de insulina pode ter a curto e a longo prazo para a sua saúde?

Caso tenha deixado de tomar insulina:

No momento em que deixou de tomar insulina, tinha conhecimento dessas consequências? Sim ☐ Não ☐

Se Sim, por que motivo as ignorou?

Por quem e de que forma foi apoiado para lidar com essa situação?

Muito Obrigada pela sua Colaboração!

Apêndice C

Árvore de Categorias

Quadro C1

Esquema da árvore de categorias com número de fontes e referências

Nome da categoria	Fontes	Referências
Mudanças decorrentes da diabetes	52	168
Alimentação	48	97
Contagem hidratos carbono	12	12
Alimentação polifracionada	3	3
Alimentação mais saudável e equilibrada	7	7
Maior cuidado em geral para controlar a diabetes e prevenir complicações	22	22
Cuidado na alimentação para não engordar	3	3
Maior consciência e controlo da alimentação	9	10
Cuidado na alimentação para evitar a insulina	2	2
Restrições alimentares	7	8
Emprego	4	4
Horários	9	9
Refeições fora de casa	6	6
Convívios sociais	4	4
Hipoglicemias	2	3
Preocupação com a alimentação	2	2
Outras mudanças	2	2
Imagem corporal	13	14
Peso	15	16
Ausência de mudança na imagem corporal	32	32
Ausência de mudança na alimentação	9	9
Estratégias	44	68
Exercício Físico	35	35
Alimentação	29	29
Omissão de insulina	1	1
Outras estratégias	3	3
Perceção da influência da insulina	38	39
Engorda	13	13
Não engorda	22	22

Difículta a perda de peso	4	4
Reações dos outros à omissão de insulina	10	13
Negativa	4	4
Ausência	2	2
Preocupação	1	1
Apoio	1	1
Vigilância	2	2
Internamento	1	1
Indicações médicas ou nutricionais	2	2
Consequências da omissão de insulina	47	67
Curto prazo	28	28
Longo prazo	38	39
Motivos para ignorar as consequências	9	10
Rede social	11	11